156 F



Presented to the Library
by
D.r de Watteville





Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b20413063

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'HOPITAL

DE LA CHARITÉ

DE

M. A. VULPIAN

Doyen de la Faculté de Médecine, Médecin de l'hôpital de la Charité
Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, etc., etc.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET OBSERVATIONS

Par le Dr F. RAYMOND

Médecin des hôpitaux

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON

1879

Tous droits réservés.

14846907

M16730

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll. welMOmec

Call No. WB100 1879 V99c

AVANT-PROPOS

Parmi les médecins qui se livrent à la pratique de certaines parties spéciales de la pathologie, il en est qui ont pris l'habitude de faire connaître périodiquement les faits cliniques qu'ils ont observés dans le cours de chaque année. Ces comptes-rendus offrent-ils constamment l'intérêt qu'ils pourraient présenter? C'est là ce qui n'est point à examiner ici. L'idée est-elle bonne en soi? Cela nous paraît incontestable.

Pourquoi les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices ne publient-ils pas aussi des comptes-rendus annuels? Tant de faits, plus ou moins importants, se présentent dans leurs services, dans le cours de chaque année! Si quelques-uns de ces faits sont utilisés par les chefs de service eux-mêmes ou par les internes pour des travaux particuliers, pour des thèses, etc., on peut dire que la plupart ne sont jamais mis à profit : tantôt aucune note n'a été écrite pendant le séjour des malades dans les salles ;

tantôt des observations ont bien été prises, mais on ne trouve pas plus tard l'occasion qu'on attendait pour les publier.

Il n'en serait pas de même si les médecins et chirurgiens des hôpitaux prenaient la résolution de faire paraître, soit chaque année, soit tous les deux ou trois ans, un exposé des faits les plus intéressants qu'ils auraient vus pendant ce laps de temps. J'ai eu l'occasion de parler dans ce sens à plusieurs de mes collègues des hôpitaux, et quelques-uns de ceux qui acceptaient, en principe, cette opinion n'y faisaient guère qu'une objection : ils m'opposaient la difficulté que l'on éprouve, disaient-ils, à obtenir des élèves qu'ils veuillent bien prendre des observations cliniques. Cette objection ne me paraît avoir aucune valeur, et la difficulté que l'on alléguait n'existe certainement pas. Depuis plus de vingt ans que je suis médecin des hôpitaux de Paris, j'ai fait prendre les observations de *tous* les malades qui sont entrés dans les divers services que j'ai occupés successivement. Internes, externes, élèves bénévoles, tous s'y sont prêtés, non pas avec résignation, mais, je dois le dire, avec zèle et entrain. Ce n'est donc pas le désir de s'instruire et de travailler pour apprendre qui fait défaut au personnel des élèves des hôpitaux, et, s'il y a des services où l'on ne prend pas d'observations cliniques, c'est évidemment dans un autre ordre de causes qu'il faut en chercher la raison.... .

J'aurais pu et j'aurais dû faire plus tôt ce que je fais aujourd'hui, puisque je tenais en main, à la fin de chaque année, les matériaux nécessaires à une telle publication : si je l'avais fait, bien des observations intéressantes ne seraient pas enfouies dans des cartons d'où la plupart ne sortiront jamais. L'idée ne m'en était pas encore venue dès les premières années de ma pratique hospitalière, et plus tard j'avais reculé devant une tâche dont, faute de temps, je craignais de ne pas pouvoir venir à bout. J'ai voulu cependant enfin faire une tentative, et c'est là l'origine du livre que M. le Dr Raymond publie aujourd'hui.

Ce livre contient un certain nombre des observations qui ont été recueillies ou continuées dans mon service pendant les sept premiers mois de l'année 1877. M. Raymond, qui était interne dans ce service depuis le 1er janvier, ayant été nommé chef de clinique de la Faculté de médecine à la fin du mois de juillet, a été obligé alors de quitter l'hôpital de la Charité, et il a pensé qu'il devait se borner à réunir les faits qu'il avait eus sous les yeux. C'est pour cela que ce travail n'embrasse pas toute l'année 1877.

Les défectuosités de ce compte-rendu trouvent, jusqu'à un certain point, sinon leur excuse, du monis leur explication dans les conditions de sa confection. Je n'ai conseillé à M. Raymond d'entreprendre cette publication que peu de temps avant le moment

où il a dû se séparer de moi pour aller remplir les fonctions de chef de clinique à l'Hôtel-Dieu. Les observations prises depuis le commencement de l'année n'avaient donc pas été rédigées avec les préoccupations de leur publication ultérieure, et, malgré le travail de révision auquel nous les avons soumises, certaines d'entre elles sont restées incorrectes au point de vue de la rédaction, ou même, ce qui est plus regrettable, assez incomplètes.

Les observations ont été rangées en groupes naturels, et M. Raymond a fait précéder chaque groupe de quelques remarques destinées à appeler l'attention du lecteur sur les particularités les plus intéressantes des différents faits ainsi réunis. Il a cherché à y reproduire ce que j'avais cru devoir dire, dans le service, à propos de chaque cas. C'est de la clinique sans apprêt, comme on la fait d'ordinaire au lit du malade. Il ne s'agit pas là effectivement de tracer l'histoire complète, savante, d'une maladie à propos d'un malade; mais on peut se borner, après avoir posé le diagnostic, indiqué, autant que possible, le pronostic, et formulé le traitement, à montrer sous quels rapports les causes, les symptômes et la marche de la maladie se rapprochent ou diffèrent, chez le malade qu'on vient d'examiner, de ce qu'on observe d'ordinaire dans de pareils cas; en outre, s'il s'agit d'une maladie grave et si elle se termine par la mort, malgré tous les efforts tentés pour empêcher ce fatal dénouement, il faut comparer les lésions révélées par l'au-

topsie à celles que l'on trouve en général dans des circonstances du même genre.

Je crois que des comptes-rendus analogues à celui-ci, contenant des observations qui auraient été prises en vue d'une publication de cette sorte, relues au lit du malade et complétées plus tard, s'il y avait lieu, par l'interne et le chef du service, constitueraient des œuvres profitables pour la science et pour la pratique.

L'essai que publie M. Raymond engagera peut-être quelques-uns de mes collègues à entrer dans cette voie, et, s'il en est ainsi, ce livre n'aura pas été inutile [1].

A. VULPIAN.

1. C'est un devoir pour M. Raymond et pour moi de remercier MM. Balland, Bonnot, Duplaix, Leloir, qui étaient externes dans mon service pendant l'année 1878 et qui ont pris ou continué, sous notre direction, les observations publiées dans ce livre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

CLINIQUE MÉDICALE

De M. le Professeur VULPIAN

CHAPITRE PREMIER

DU RHUMATISME.

Le nombre des cas de rhumatisme, entrés dans le service de M. le professeur Vulpian, a été particulièrement nombreux, et par une singularité, qui se montre quelquefois en clinique, la plupart des exemples que nous avons eus sous les yeux ont présenté un grand intérêt pratique; M. Vulpian, à propos de chacun de ces cas, a fait ressortir ce qui constituait son importance spéciale. L'histoire du rhumatisme envisagé dans son ensemble, comme diathèse, ou considéré seulement au point de vue descriptif, dans ses détails, est aujourd'hui à peu près complète, ou du moins il existe une foule de documents sur ce sujet; témoin, ceux rassemblés par M. Besnier, dans l'articl esi remarquable du Dictionnaire encyclopédique; cependant, bien des points restent en litige, et il s'en faut que tout soit dit à cet égard; il est telle ou telle conception doctrinale sur la valeur de laquelle l'avenir doit prononcer. Il importe donc d'accu-

muler les faits cliniques qui peuvent fournir des éléments à la discussion des problèmes encore pendants, et des données aux solutions que comportent ces problèmes. Les faits que je vais citer me paraissent offrir, sous ce rapport, un certain intérêt. Les observations dont il s'agit, au nombre de vingt-quatre, comprennent presque toutes les variétés du rhumatisme.

— Au point de vue étiologique, il est peu de particularités intéressantes à faire ressortir. On sait à combien de discussions les questions de climat, de saisons, d'humidité, d'hérédité, etc., ont donné lieu; les documents qui suivent n'ajoutent pas grand'chose aux faits connus. Je ferai cependant ressortir le point suivant de l'observation n° 1; il y est noté que la première atteinte de rhumatisme articulaire aigu a été consécutive à une blennorrhagie; cette atteinte paraît bien avoir été une attaque de rhumatisme articulaire aigu classique, et non une des formes quelconques du rhumatisme blennorrhagique. A partir de ce moment, le malade a été constitué rhumatisant; en outre, il a eu *de l'endocardite aiguë.*

— Les observations II et III sont de beaux exemples de ce qu'on décrit sous le nom de rhumatisme cutané, d'*éruptions scarlatiniformes* liées au rhumatisme articulaire aigu; l'observation II est particulièrement intéressante. Les phénomènes rhumatismaux chez la malade, ont été des plus complexes, des plus variés; la marche qu'ils ont suivie, leur enchaînement doivent surtout être indiqués. La première manifestation rhumatismale chez la jeune fille, dont l'observation II relate la maladie, a consisté en des troubles de la vision, au commencement du mois d'avril; l'examen ophthalmoscopique a montré nettement l'existence d'une rétinite rhumatismale. Elle était depuis quelques jours à Paris, en traitement pour ses yeux, quand elle fut prise de mal de gorge, de difficulté d'avaler; en

même temps, elle eut une fièvre assez vive, et bientôt une éruption scarlatiniforme des mieux accusées se montra. C'est à ce moment (27 avril) qu'elle entra dans le service de M. Vulpian. L'aspect de la peau était si caractéristique que, pendant les premiers jours, on hésita longtemps avant de poser un diagnostic définitif; mais les jours se passèrent, et la desquamation caractéristique de la scarlatine ne se produisit pas; il y eut seulement quelques petites lamelles furfuracées au niveau des coudes et des genoux. Je sais que les auteurs ont signalé des cas de scarlatine dans lesquels la desquamation avait été presque nulle; cependant c'est là, et de l'avis de tous les observateurs, la très-rare exception; d'ailleurs la marche ultérieure des accidents montra bien qu'on s'était trouvé en présence de véritables accidents cutanés dus au rhumatisme. La malade était à peine guérie de son éruption scarlatiniforme qu'une nouvelle éruption, limitée au cou, à la face, au devant de la poitrine, aux bras, apparut vers la fin du mois de mai. Cette éruption était constituée par des plaques d'urticaire, qui ont été la cause de très-vives démangeaisons, et d'excoriations multiples de la surface cutanée. L'urticaire se montrait, durait un certain temps, faisait place à de nouvelles poussées en disparaissant, et aujourd'hui, 1er août, les mêmes phénomènes, un peu moins accentués, un peu moins accusés, se reproduisent encore; il y a donc une véritable atteinte d'*urticaire chronique.*

Pendant l'évolution de ces divers accidents, la malade, un mois environ après son entrée à l'hôpital, éprouva des douleurs sourdes, parfois assez vives, dans les coudes, les épaules, les poignets; ces douleurs persistèrent une huitaine de jours; elles n'ont pas été accompagnées d'un gonflement notable des articulations douloureuses. Le 10 juin, la jeune fille est prise de fièvre, de courbature, d'une sensation d'angoisse précordiale, et l'auscultation

du cœur montre l'existence d'un bruit de souffle fort, au premier temps, et à la pointe, bruit de souffle qui n'existait pas auparavant. Les jours suivants, l'état fébrile disparut, mais la lésion cardiaque persista, et elle persiste encore aujourd'hui ; il en est de même de la lésion oculaire, car il existe toujours un œdème notable de la papille. Le traitement des accidents de l'œil, par l'injection sous-cutanée péri-orbitaire, d'un milligramme de strychnine, ne produisit pas une amélioration notable ; quelques ophthalmologistes, comme on le sait, ont annoncé avoir eu de bons résultats, par ce procédé de traitement ; la strychnine redonnant du ton aux vaisseaux, diminuant ainsi les congestions, et faisant disparaître les transsudations séreuses. De temps à autre, il se fait encore de nouvelles poussées d'urticaire.

Comme on a pu le voir par le résumé que je viens de rapporter, l'observation de cette jeune malade est des plus intéressantes. C'est bien à la diathèse rhumatismale que nous avons eu affaire, et elle s'est présentée sous un aspect singulier ; elle a eu des localisations relativement rares ; enfin, elle a été accompagnée d'une complication grave, je veux parler de la lésion mitrale que j'ai mentionnée ; ce qui prouve que, dans les formes les plus insolites du rhumatisme, comme dans l'espèce, où, en somme, il s'est surtout agi d'un *rhumatisme cutané*, on peut observer des complications du côté du cœur.

— L'observation III doit être rapprochée de la précédente. Dans ce cas, il s'est agi vraisemblablement aussi d'une éruption scarlatiniforme, et non d'une véritable scarlatine. La malade était fille de rhumatisant ; elle-même avait eu plusieurs fois du rhumatisme articulaire aigu ; l'éruption n'a pas été suivie de desquamation ; en outre, il n'y a pas eu d'albuminurie, à aucun moment donné de l'évolution de la maladie. Le diagnostic n'a cependant pas

été posé d'une manière absolue, et il ne pouvait en être autrement; on sait en effet combien, dans des cas analogues, il est difficile d'être affirmatif, même alors que, comme dans le fait en question, l'éruption est surtout prononcée au niveau des jointures, et dans le sens de la flexion.

— L'observation IV est un cas d'érythème papuleux, évoluant chez un malade atteint de rhumatisme musculaire (lumbago); de plus, il y a eu de l'angine rhumatismale; le malade a été pris de fièvre, de courbature, de douleurs très-vives en avalant; la gorge était rouge, etc. Il est bien plus commun d'observer l'érythème papuleux, dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, que dans le cours du rhumatisme musculaire. L'autre particularité clinique intéressante est l'angine rhumatismale, encore contestée aujourd'hui par un certain nombre d'auteurs, qui ne voient là qu'une angine ordinaire chez un rhumatisant. Or, en réalité, il est très-commun de rencontrer, au moins dans le rhumatisme articulaire aigu, des accidents rhumatismaux de l'isthme du gosier. L'attaque de rhumatisme articulaire aigu commence même souvent par une angine qui est incontestablement une manifestation rhumatismale d'invasion.

— L'observation V mérite une mention tout à fait spéciale. Il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu, ayant présenté, dans le cours de son évolution, une complication cutanée, de l'érythème papuleux, et une complication vésicale. Le malade souffrait de ses articulations depuis quatre semaines environ, quand, sans cause connue, sans aucun accident particulier appréciable, il est pris de *rétention d'urine;* on fut obligé de le sonder, et l'on constata, alors, un spasme du canal de l'urèthre, des plus évidents; l'urine ne contenait ni albumine, ni pus. Les jours suivants, la rétention d'urine persista; il en fut ainsi pendant neuf jours, et pendant ce temps, le spasme du col vésical et du canal de l'urèthre sembla s'accroître un peu tous les jours. La cystite

rhumatismale est, comme on le sait, un fait très-rare. Il importe, également, de mettre en relief la particularité clinique suivante. Le 3 août, une vingtaine de jours après son entrée à l'hôpital, vers 5 heures du matin, le malade commença à ressentir de l'engourdissement dans le pied gauche. Il éprouvait, en outre, une sensation de froid, qui envahissait le pied, petit à petit; jusqu'au moment de la visite, il eut de petits frissons irréguliers. A 9 heures du matin, le pied gauche était complétement froid; la peau blanchâtre, la sensibilité tactile, très-diminuée. Le chatouillement léger de la plante du pied, était à peine perçu; il fallait une forte excitation pour déterminer des mouvements dans les membres inférieurs; pendant tout le temps que persista ce phénomène, on sentit très-nettement les battements de l'artère pédieuse. Cet engourdissement dura quelques heures; le malade pouvait à peine mouvoir ses orteils. A la *main droite*, le bout des quatre derniers doigts est le siége d'accidents analogues. Cet état disparut dans le cours de la journée; la disparition de cette syncope locale eut lieu petit à petit. Il y avait, entre le pied droit et le pied gauche, la différence de température suivante :

Mesuré avec le même thermomètre.	T. interne.	Pied droit. . . .	32° 1'
	—	Pied gauche. . .	28° 1'

Ces phénomènes d'*onglée*, de *syncope* ou d'*asphyxie locale* des extrémités, sont rares dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Dans le cas dont il s'agit, ils sont survenus pendant la convalescence. Le malade était anémié et fatigué, ce qui ne peut surprendre, le rhumatisme étant une des maladies qui détruisent le plus rapidement les hématies. A ce point de vue, l'asphyxie locale, chez ce malade, rentre bien dans la règle; j'aurai d'ailleurs, dans un autre cha-

pitre, à propos de la *syncope locale* des extrémités, à revenir sur ces faits.

— L'observation VI est un remarquable exemple de *troubles de sensibilité*, liés au rhumatisme articulaire aigu. Une jeune fille de 28 ans est prise de gonflements, de douleurs, etc., occupant surtout les gaînes superficielles des poignets et des cous de pieds (elle n'avait pas de blennorrhagie) ; elle était en traitement, à l'hôpital, depuis un mois environ, et elle souffrait davantage de ses gaînes tendineuses, après une série de rechutes et d'apaisements des douleurs, quand elle perdit, très-rapidement, la sensibilité de la main ; une *anesthésie complète*, à tous les modes d'exploration, se produisit ; elle occupait les doigts de la main gauche et surtout le pouce ; l'anesthésie remontait un peu, sur le dos de la main et sur le poignet ; la main droite était aussi anesthésiée, mais beaucoup moins complétement que la gauche ; la peau des pieds ne présentait aucune espèce d'altération de la sensibilité. Il importe de faire remarquer que la peau avait conservé sa coloration habituelle, sa même chaleur, en un mot, il n'y avait pas de troubles circulatoires, comme dans le cas précédent.

L'anesthésie alla en diminuant progressivement, et au bout d'une dizaine de jours, tous les accidents étaient disparus ; je dois encore faire remarquer que la malade ne présentait aucun des phénomènes de l'hystérie, et dans aucune autre région, il n'y avait de l'anesthésie.

— L'observation VII est un exemple de ce que les auteurs ont décrit sous le nom d'œdème rhumatismal, œdème qui, lorsqu'il n'est pas dû à une complication cardiaque ou rénale, ou à la cachexie rhumatismale, est causé, dans certains cas, par l'inflammation du périoste ; dans d'autres, par une phlébite rhumatismale ; dans d'autres, peut-être par la simple irritation rhumatismale du tissu connectif sous-cutané et interstitiel, accompagné ou non de dermite.

C'est sans doute à cette dernière catégorie qu'appartenait le cas dont nous parlons : chez cette malade, en effet, l'œdème était assez considérable, la peau rouge, douloureuse à la pression; d'ailleurs, il n'y avait rien, ni au cœur, ni dans les urines. Il faut noter aussi que, dans ce cas, le rhumatisme a débuté par de l'angine.

— Les observations VIII, IX, X sont des cas de rhumatisme articulaire aigu, pendant le cours desquels on a constaté de l'*albuminurie*. Il est assez difficile de déterminer, d'une façon exacte, le moment précis où l'albuminurie est apparue, à cause de ce fait que les malades sont venus à l'hôpital, déjà souffrants depuis quelques jours, et ayant au moment de leur entrée de l'albumine dans l'urine. Quoi qu'il en soit, l'albuminurie a été essentiellement transitoire; le phénomène a disparu très-vite; la fluxion rénale, d'où l'albuminurie dépendait, a donc été très-passagère, et en cela, elle a eu tous les caractères de la fluxion rhumatismale.

— Les observations XI, XII, XIII, concernent des cas de rhumatisme articulaire aigu et subaigu, traités par le *salicylate de soude*, à la dose de six grammes par jour. — Dans les rhumatismes franchement aigus, observations XI, XII, les résultats ont été bons; d'ailleurs, chez certains malades des observations précédentes, le même résultat satisfaisant a été obtenu; mais dans les cas de rhumatisme subaigu, et dans les rhumatismes chroniques, obs. XVIII, XIX, le médicament n'a pas eu beaucoup de succès ; cependant il a diminué un peu les douleurs dans les poussées subaiguës.

— L'observation XIV est un des très-rares exemples — je n'ai pas trouvé dans la science d'observations analogues — de *thyroïdite aiguë rhumatismale*. La thyroïdite est survenue chez un jeune homme de 23 ans. Quand on l'apporta à l'hôpital, il était malade depuis un mois, mais il y avait

déjà deux ans, qu'il souffrait de douleurs rhumatismales; ses articulations déformées montrent qu'il est sous le coup d'un rhumatisme articulaire chronique ; il y a une quinzaine de jours, il eut une poussée aiguë, pendant laquelle il se développa, d'une façon évidente, de l'endocardite. On prescrivit un gramme de sulfate de quinine et de l'extrait thébaïque. Deux jours après son entrée à l'hôpital, le 9 juin, le malade éprouva un violent mal de tête; la fièvre était vive; en même temps il commença à souffrir d'une gêne douloureuse à la région du cou; bientôt la déglutition et les mouvements de rotation de la tête furent pénibles. La nuit suivante, le cou gonfla progressivement; la *glande thyroïde*, dans son ensemble, acquit en *quelques heures*, un développement tel, qu'à la visite du matin, on trouva le malade très-oppressé, pouvant à peine avaler sa salive (il n'avait rien dans la gorge) ; il n'osait plus remuer la tête; toute pression sur le devant du cou, tout effort musculaire étaient intolérables. On administra un vomitif. Le lendemain, les douleurs avaient cessé : les lobes latéraux de la glande thyroïde conservaient encore un peu d'exagération de volume; mais la douleur, la chaleur, la sensibilité anormale de la région, avaient disparu. Il a donc suffi de 48 heures pour terminer l'évolution de cette fluxion rhumatismale, à siége si insolite, et qui, à un moment donné, en raison de la gêne apportée à la circulation en retour du cerveau, par la compression des veines jugulaires et, aussi, par le fait de l'aplatissement de la trachée, menaçait la vie.

— L'observation XV est un cas de *rhumatisme chronique fibreux;* il s'agit d'une rétraction, évidemment rhumatismale, de l'aponévrose palmaire de chacune des mains.

« Les mains présentent une attitude *demi-ouverte ;* le malade ne peut étendre les doigts, ni forcer l'extension; il ne va pas au-delà de l'angle de 45° ; du reste, les phalanges ne sont pas étendues les unes sur les autres, mais présentent

une flexion telle que leurs faces palmaires forment une courbe régulière se continuant avec celle de la face palmaire du carpe. Cette courbe est encore rendue plus uniforme et plus unie par la tension de l'aponévrose palmaire qui efface tous les plis de la peau; elle donne la sensation d'une bride tendue qui enserre fortement les éminences thénar et hypothénar, ainsi que la face palmaire des doigts; les autres mouvements de la main ne sont pas entravés. »

Les articulations phalangiennes sont déformées par le rhumatisme chronique ; le cœur est atteint d'un rétrécissement mitral; le père de ce jeune malade était rhumatisant.

Ce cas n'est pas absolument isolé; mais il est très-rare de voir le rhumatisme chronique, à cet âge, sous cette forme, et surtout de trouver l'aponévrose palmaire aussi complétement rétractée ; le plus souvent l'altération porte sur la portion qui accompagne les tendons d'un ou deux doigts. Dans le cas particulier, le premier médecin consulté, pensa à l'existence d'une affection chronique des centres médullaires, et pour cette raison adressa le jeune malade à M. le professeur Vulpian, qui, immédiatement, reconnut l'erreur.

— L'observation XVI est un exemple de rhumatisme chronique chez une adolescente; on trouve, dans les auteurs, des faits de rhumatisme articulaire chronique, même chez des enfants ; cependant ce sont là des cas relativement très-rares. Dans l'espèce , il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, qui, déjà depuis deux ans, a les doigts des mains déformés. Le diagnostic a été quelque temps en suspens. Les antécédents scrofuleux, la marche de l'affection et le mode de déformation des doigts pouvaient faire penser qu'il s'agissait d'une polyarthrite de nature scrofuleuse avec scrofulides osseuses. En prenant en considération les particularités suivantes : 1° que la peau n'était ni épaisse, ni adhérente, ni modifiée dans sa vascularisation, dans son aspect extérieur; 2° que la déformation n'avait

pas pour cause principale un gonflement notable des extrémités articulaires, par boursouflement de l'os; 3° qu'il existait des craquements bien évidents, on formula le diagnostic : rhumatisme articulaire chronique déformant de l'adolescence.

— L'observation XVII est un cas d'hydarthrose traumatique; la malade est restée en traitement pendant un mois : au bout de ce temps, il n'était pas survenu d'atrophie des masses musculaires de la cuisse, ni de celles de la jambe.

— Les observations XVIII et XIX sont des exemples de rhumatisme articulaire chronique, avec des poussées subaiguës; je les rapporte à cause du traitement par le salicylate de soude; il n'y a pas eu, sous l'influence de l'action de ce médicament, grande amélioration, même des douleurs, excepté pour le malade de l'observation XIX.

— Les observations XX et XXI sont de remarquables exemples de rhumatisme blennorrhagique; il y a eu beaucoup de ces cas, cette année, dans le service; j'ai choisi les observations indiquées, comme les plus probantes.

On sait à combien de discussions le rhumatisme blennorrhagique a donné lieu ; dans ces dernières années, en particulier, de nombreux articles ont été publiés, et plusieurs thèses ont été soutenues, sur ce sujet, à la Faculté de médecine de Paris. Malgré tout, l'accord n'est pas encore fait entre les médecins sur tous les points de l'histoire de cette maladie. On a contesté jusqu'à l'existence du rhumatisme blennorrhagique, déniant au virus spécial de la chaudepisse, la possibilité de créer, de toutes pièces, une affection douloureuse des gaînes synoviales et des articulations. D'après les auteurs qui soutiennent cette opinion, la blennorrhagie n'agirait que comme cause occasionnelle, sur le développement du rhumatisme. A côté de cette opinion absolue, il faut placer l'opinion, également absolue, défendue avec un grand talent par M. Four-

nier. Pour cet auteur, le rhumatisme blennorrhagique est une entité morbide spéciale, qui a sa symptomatologie, sa marche particulière. Une différence radicale séparerait d'ailleurs le rhumatisme blennorrhagique du rhumatisme articulaire aigu. Le premier ne s'accompagnerait jamais de complications cardiaques.

Ces deux doctrines contraires sont trop absolues, ou plutôt elles contiennent l'une et l'autre une part de vérité. L'influence de la blennorrhagie, sur la production d'affections arthritiques et pérarthritiques, est incontestable. On voit des individus qui, n'ayant jamais eu jusque-là la moindre manifestation rhumatismale, sont atteints soit d'arthrite uniarticulaire, soit d'arthrites multiples, soit de phlegmasies circumarticulaires, de synovites tendineuses, etc., dans le cours ou le décours d'une blennorrhagie plus ou moins intense. On est d'autant plus naturellement entraîné à rattacher les affections arthritiques, observées dans ces conditions, à la blennorrhagie qui a précédé leur apparition, que ces affections offrent des caractères plus ou moins différents de ceux des manifestations du rhumatisme franc. Mais l'influence de la blennorrhagie est-elle directe, immédiate? Les malades dont il s'agit sont-ils ou ne sont-ils pas des rhumatisants en puissance? Ce sont là des questions qui ne sont pas encore résolues.

Il faut ne pas oublier que toutes les affections des organes génito-urinaires semblent exercer une influence du même genre. C'est un point sur lequel insistait le regretté professeur Lorain dans ses cours, dans ses écrits. Il montrait que l'on pouvait observer des affections arthritiques dans des cas d'écoulements leucorrhéiques, d'écoulements des lochies. Comment ne pas hésiter à retrancher de l'histoire du rhumatisme, les accidents arthritiques de la blennorrhagie, lorsqu'on voit figurer parmi ces accidents tous ceux que l'on rencontre chez les rhumati-

sants. M. Charcot n'a-t-il pas même cité des exemples de rhumatismes noueux survenus à propos d'une chaude-pisse? N'a-t-on pas constaté, contrairement à l'avis de M. Fournier, que les affections articulaires et circumarticulaires, chez des blennorrhagiques, peuvent s'accompagner de complications cardiaques aiguës évidentes; que l'on peut observer dans le cours de ces affections arthritiques toutes les manifestations abarticulaires, séreuses, viscérales, cutanées, etc., que l'on constate dans le rhumatisme ordinaire.

On comprend d'autre part, pourquoi, contrairement à l'opinion des auteurs qui refusent tout caractère spécial au rhumatisme blennorrhagique, on a pu établir des formes cliniques de ce rhumatisme, très-distinctes de celles que l'on observe d'ordinaire dans les cas de rhumatisme articulaire classique : je veux parler de ces formes que Brandt et Swédiaur avaient déjà décrites en partie.

Dans l'observation XX, il s'agit d'une jeune femme qui contracte sous l'influence d'une vaginite virulente, avec *uréthrite*, diverses manifestations rhumatismales aiguës, et en particulier une hydarthrose du genou droit. Cette hydarthrose a eu la ténacité, la longue durée, les conséquences du rhumatisme blennorrhagique. A un moment donné, on a craint le développement d'une tumeur blanche; et plus de cinq mois après son entrée à l'hôpital, elle avait le genou encore presque ankylosé, malgré un traitement énergique que j'indiquerai plus loin.

L'observation XXI n'est pas moins intéressante ; le malade âgé de 26 ans, prend, à 18 ans 1/2, à propos de sa seconde chaudepisse, des accidents rhumatismaux si communs en pareil cas, un gonflement douloureux des gaînes synoviales, une névralgie sciatique, etc. Les années suivantes, à propos de chaque chaudepisse, il est repris de nouveaux accidents, semblables aux premiers, mais chaque fois, ceux-ci sont plus tenaces, plus rebelles. A partir de sa

première blennorrhagie, ce malade a donc été constitué rhumatisant. Il a eu une série d'accidents dérivant de la diathèse rhumatismale, ophthalmie rhumatismale, etc., et aujourd'hui, après sa quatrième chaudepisse, à 26 ans, il est rhumatisant chronique : il a les articulations, grandes et petites, déformées, même celles de la *région cervicale.*

Nous avons eu sous les yeux plusieurs exemples absolument semblables à celui-ci.

La malade de l'observation XX a subi un traitement par la cautérisation ponctuée, plusieurs fois renouvelée, avec le thermo-cautère de Paquelin. Avant de procéder à la cautérisation, M. Vulpian anesthésie complétement la région qui doit être brûlée, avec un mélange, par parties égales, et par lits superposés, de glace pilée et de gros sel gris. Le moment où l'on doit cesser la réfrigération est celui pendant lequel la peau devient complétement blanche, exsangue, moment qu'il faut bien surveiller, car, si cette période était trop prolongée, il pourrait en résulter la gangrène de la peau. L'anesthésie, ainsi obtenue, est suffisante pour que la malade ne sente rien, ou à peu près rien, au moment de l'opération; — c'est ce qui a permis à M. Vulpian, dans l'espèce, de répéter les cautérisations, souvent et à de courts intervalles.

Quant aux résultats, ils ont été très-favorables; aucune complication n'est venue entraver l'amélioration progressive de la maladie. Sous l'influence de ces cautérisations répétées, l'articulation a repris sa forme, et graduellement les mouvements, qui ont été longtemps perdus, sont revenus.

— L'observation XXII est un bel exemple de rhumatisme musculaire occupant les *muscles des parois de l'abdomen;* les douleurs étaient très-vives; de plus, il existait un état général, avec fièvre, épistaxis, etc., semblant très-grave; un instant on avait songé à la fièvre typhoïde à cause de l'épidémie régnante ; c'est précisément là ce qui fait

l'intérêt de ce cas particulier. On a décrit, dans ces derniers temps, les lésions des muscles du rhumatisme musculaire; elles existaient certainement, chez le malade de l'observation XXII, à un degré très-prononcé.

— Les deux dernières observations de cette série, observations XXIII et XXIV, ont trait à des sciatiques, évidemment de nature rhumatismale. Le premier malade a eu, pendant neuf jours, de l'albumine dans l'urine, absolument comme dans les cas de rhumatismes articulaires aigus, rapportés plus haut, albuminurie toute transitoire. En outre, la sciatique n'a pas amené d'atrophie musculaire. Une particularité clinique intéressante s'est présentée; au premier abord, on avait cru à l'existence de l'atrophie, mais, en observant de près, on vit que la jambe la plus volumineuse était le siége de varices très-développées; ces varices étaient la cause d'un léger degré d'œdème de ce côté.

Le malade de l'observation XXIII, comme celui de l'observation XXIV, n'a pas eu de points d'anesthésie.

Comme on a pu le voir par les citations précédentes, le nombre des cas de rhumatisme soumis cette année à notre observation, a été particulièrement nombreux, et il n'est presque aucun de ces cas qui ne touche à un problème clinique important : étiologie du rhumatisme, éruptions cutanées liées au rhumatisme, troubles circulatoires et troubles nerveux (anesthésie), chez des rhumatisants, albuminurie, traitement par le salicylate de soude, thyroïdite rhumatismale, rétraction rhumatismale de l'aponévrose palmaire, rhumatisme chronique de l'adolescence, rhumatisme blennorrhagique, rhumatisme musculaire, sciatiques rhumatismales, etc.

OBSERVATIONS

Observation I. — *Rhumatisme articulaire aigu, développé à propos d'une blennorrhagie. Endocardite aiguë. — Manifestations rhumatismales consécutives.*

Le nommé B..., Jules, âgé de 29 ans, imprimeur.

Entré le 25 janvier 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 29.

Antécédents. — Cet homme, âgé de 29 ans, est imprimeur de son état, mais n'est pas exposé à l'empoisonnement saturnin. (Il transporte les feuilles d'imprimerie.)

C'est un homme grand, assez bien musclé, brun, d'une apparence robuste. Il porte sur la partie inférieure et latérale gauche du larynx deux cicatrices déprimées, trace d'abcès qu'il eut à l'âge de 7 ans.

Cependant, sauf une blennorrhagie contractée avant l'année 1876, il dit n'avoir jamais été malade sérieusement.

Pas d'éruptions cutanées, pas de douleurs musculaires ni articulaires. Parfois, surtout après une fatigue quelconque, il était pris de migraines assez violentes.

Pas de syphilis.

Rien à noter du côté des parents.

1re attaque de rhumatisme. — En juin 1876, quelque temps après sa blennorrhagie, il ressentit des douleurs dans les articulations des membres inférieurs, le droit en particulier, puis les articulations des membres supérieurs furent prises en même temps. Cette attaque de rhumatisme lui fit garder le lit pendant 7 semaines. Il ressentit, de plus, une douleur précordiale assez vive, eut des palpitations; son médecin lui fit appliquer des sangsues un peu au-dessous de la pointe du cœur.

Au bout de 7 semaines, il put reprendre son travail habituel. Toutefois il était fréquemment atteint de palpitations; il était en proie à de la dyspnée, qui devenait extrêmement intense pour peu qu'il se livrât à un exercice un peu violent. Il ne se rappelle pas avoir eu d'œdème des extrémités inférieures.

2e attaque. État actuel. — Il y a 4 jours, il fut pris de nouvelles douleurs dans les membres inférieurs. Il eut de la fièvre assez intense le soir; sueurs abondantes; point de côté, à gauche; puis il vit bientôt se prendre ses membres supérieurs et, le 25 janvier 1877, il entre à l'hôpital.

A son entrée il présente un aspect vultueux de la *face*. Les pommettes sont rouges, le corps est couvert d'une sueur assez abondante, sueur qui exhale une odeur aigrelette.

Il est couché sur le côté gauche, car il souffre beaucoup de la cuisse droite qui est fléchie sur le bassin. Il accuse une douleur vive sur le trajet du sciatique droit jusqu'au creux poplité; cette douleur est continue, et présente des exacerbations.

Le genou gauche est un peu tuméfié, douloureux, surtout au niveau de l'attache des ligaments latéraux. L'on y constate la présence d'une certaine quantité de liquide. Les autres articulations des membres inférieurs sont intactes.

Aux membres supérieurs on trouve que les poignets sont un peu douloureux; il en est de même des coudes, mais ces articles ne sont pas tuméfiés.

La douleur est un peu plus vive dans les articulations scapulo-humérales, surtout dans l'articulation scapulo-humérale gauche.

Les *articulations du cou* sont douloureuses. On lui a appliqué, pour cette raison, un vésicatoire sur la nuque avant son entrée à l'hôpital.

La *région précordiale* est un peu bombée.

A la palpation on perçoit dans cette région un frémissement assez fort.

Le cœur est augmenté de volume.

La pointe bat dans le 6e espace intercostal où l'on constate nettement un retrait systolique de cette partie du cœur.

Souffle net, rude, bref, à la pointe et au 1er temps.

A la base, souffle systolique doux, qui se propage d'ailleurs dans les vaisseaux du cou.

Le pouls est normal; pas d'athérômes artérielles. Un peu de récurrence veineuse dans les grosses veines du cou.

Au niveau de la base de la face latérale du *poumon gauche*, le malade accuse un point de côté assez vif.

A l'auscultation, on entend en cette région de légers frottements pleuraux.

Quelques râles sibilants dans le poumon gauche.

L'appétit est nul, la langue blanche, rouge sur les bords. Pas de diarrhée.

Le foie est sain.

L'urine, foncée en couleur, ne contient ni albumine, ni sucre.

26 *janvier*. — La douleur, le long du sciatique droit, a disparu. Douleur très-vive dans le genou droit qui n'était pas pris hier. La jambe droite est fléchie sur la cuisse.

Les douleurs du genou gauche ont augmenté.

Traitement. — Sulfate quinine 1gr,50. 2 pilules d'extrait thébaïque.

27 *janvier*. — Les douleurs dans les genoux ont beaucoup diminué.

Plus de douleurs dans les poignets et les coudes.

Douleurs vives dans les aines et au niveau de la symphyse du pubis.

Le bruit de souffle à la pointe du cœur augmente d'intensité.

28 *janvier.* — Les douleurs dans le genou droit ont grandement diminué.

29. — Douleurs dans les mollets et les chevilles. Plus de frottements.

30. — Le malade a passé une bonne nuit. Presque plus de fièvre. Plus de douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes.

Le malade ne souffre plus que dans le genou et dans les articulations scapulo-humérales, où la douleur a un peu augmenté.

Le cœur est moins excité, le bruit de souffle s'entend plus nettement.

3 *février.* — Les douleurs ont presque complétement disparu dans toutes les articulations. Le malade se sent beaucoup mieux.

Le souffle diminue.

6. — Le malade sort très-amélioré, souffrant encore toutefois de douleurs légères dans les genoux.

Souffle cardiaque un peu diminué.

Obs. II. — *Éruption scarlatiniforme. Urticaire chronique. Rhumatisme articulaire sub-aigu. Endocardite aiguë. — Rétinite rhumatismale.*

La nommée C..., Marie, âgée de 18 ans, domestique.

Entrée le 27 avril 1875, salle Sainte-Madeleine, lit n° 4.

Renseignements. — Cette malade, réglée à 15 ans, l'a toujours été très-régulièrement; elle a eu, à cette époque, pendant 15 jours, des accès de fièvre, venant tous les matins, et caractérisés par des frissons, une sensation de chaleur, des sueurs abondantes. Elle a également eu la rougeole à 10 ans.

Comme antécédents, on note des signes de scrofule, tels que gourmes et glandes sous-maxillaires; mais elle n'a jamais souffert de douleurs rhumatismales. Pas d'abcès scrofuleux.

En revanche elle est très-nerveuse, et déclare avoir eu souvent des douleurs névralgiques dans la tête, des bouffées de chaleur à la figure ; elle a éprouvé plusieurs fois le phénomène de la boule hystérique.

Au commencement d'avril, elle entra à la clinique de M. Landolt pour des modifications de la vue du côté droit; la vision était trouble, de ce côté; mais elle n'avait pas de douleurs dans les yeux.

Huit jours après son entrée, mal de gorge du côté droit du cou; difficulté à avaler, et tuméfaction des ganglions sous-maxillaires du même côté.

La douleur, limitée d'abord à droite, passa à gauche, mais elle fut moins intense, et les ganglions qui apparurent de ce côté ont été moins douloureux. Quelques jours après elle fut prise de frissons répétés, de vomissements, de céphalalgie et de courbature.

La fièvre fut très-vive pendant un à deux jours, et, en même temps que cette atteinte de fièvre diminuait d'intensité, on vit se développer une éruption qui débuta par les régions des jointures des membres supérieurs et inférieurs, envahit ces membres, puis se propagea au tronc, au cou et à la face. Cette éruption était composée de petites taches rouges, séparées les unes des autres, mais se réunissant entre elles de manière à former de grandes plaques irrégulières.

État actuel. — Elle entre à la Charité le 27 avril. A ce moment elle avait encore de la fièvre, des symptômes d'embarras gastrique, un peu de mal de gorge et une tuméfaction notable des ganglions sous-maxillaires à droite, sans grande douleur dans ces points : la pression seule était un peu douloureuse. Autour des genoux, des coudes, sur les bras, les avant-bras et les mains, les cuisses, les jambes et les pieds et sur le tronc existent les plaques rouges déjà décrites. Elles sont beaucoup plus marquées

au niveau de la rotule et présentent tout à fait l'aspect et la teinte du homard cuit. Au niveau des rotules et dans les régions avoisinantes, l'éruption est encore sous forme de taches analogues à celles de la rougeole et il en est de même au niveau des coudes : on retrouve aussi ces caractères à la partie supérieure du tronc en avant, près du cou. Partout ailleurs, la rougeur est diffuse. On ne constate pas de douleurs dans les jointures. Il n'y a qu'une faible rougeur de la langue et de l'arrière-gorge. La grande surface de la peau, occupée par les plaques rouges, le caractère de ces plaques, font penser à l'existence d'une éruption scarlatiniforme ou même scarlatineuse. On hésite à porter le diagnostic scarlatine franche, parce que l'ensemble des symptômes et la marche de l'affection n'ont pas les caractères tout à fait classiques : le diagnostic reste en suspens pendant quelques jours.

La malade est un peu constipée ; elle ne tousse pas ; rien aux poumons.

Examen du cœur négatif, un peu d'œdème des jambes.

L'urine un peu rougeâtre ne contient pas d'albumine.

Marche de la maladie. — Traitement. — La desquamation tarde beaucoup à se faire ; la fièvre tombe le 30 avril, mais la desquamation ne se produit pas. Vers le 15 mai, il se forme quelques petites lamelles furfuracées, au niveau des coudes et des genoux. Aux pieds, aux mains, à la face palmaire et aux doigts, l'épiderme paraît se dessécher superficiellement à deux ou trois reprises ; mais il ne se détache pas : il y a en somme, dans ces points, absence complète de desquamation. L'urine, examinée tous les jours, ne donne pas traces d'albumine.

La malade ne revient pas complétement à la santé; elle présente toujours un très-léger état fébrile, s'exaspérant un peu le soir : elle n'a pas d'appétit et reste abattue.

Vers la fin de mai, à la suite d'un redoublement de

malaise pendant quelques jours, sans exacerbation bien manifeste de la fièvre, *elle éprouve des douleurs sourdes* dans les coudes, dans les épaules et les poignets ; puis on voit survenir une éruption de petites taches rosées, qui sont bientôt papuleuses; le sommet de ces plaques papuleuses devient blanchâtre ou même un peu jaunâtre. Ces petites plaques durent quelques heures, ou plus d'un jour; en même temps qu'elles disparaissent dans certaines régions, il s'en reforme de nouvelles, sur d'autres points. On dirait le résultat de piqûres de puces ou de punaise. Elle éprouve de vives démangeaisons qui déterminent un grattage continuel, ayant pour conséquence des excoriations assez étendues. Cette éruption ne se montre pas aux membres inférieurs, ni à la partie inférieure du tronc; elle est limitée aux membres supérieurs, à la partie tout à fait supérieure du tronc, au cou et à la face : ce sont de véritables poussées d'urticaire. On lui donne de l'arsenic ; puis, des bains sulfureux. La fièvre disparaît à peu près complétement.

A l'époque où commençaient à se montrer les éruptions d'urticaire, on constatait des mouvements involontaires dans la face, c'est-à-dire un tic grimaçant peu accentué, ayant surtout pour siége, les commissures des lèvres, tantôt l'une, tantôt l'autre. En même temps, on voyait aussi de légers mouvements choréiformes dans les doigts. Ces mouvements existaient peut-être auparavant, mais ils étaient certainement moins marqués qu'alors, car on ne les avait pas fait remarquer à la malade et nous ne les avions pas observés dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital.

Le 10 juin, elle est prise de fièvre et de courbature, d'une sensation de gêne au niveau de la région précordiale et de palpitations.

L'auscultation montre un bruit de souffle fort, à la pointe

du cœur et au premier temps. Après l'application de ventouses sèches, la gêne respiratoire diminue.

L'éruption continue ; elle se reproduit avec les mêmes caractères, et toujours dans les mêmes régions ; chaque jour, pour ainsi dire, il y avait une nouvelle poussée d'urticaire. On fait pratiquer, à titre d'essai, une friction générale avec de la pommade d'Helmerich. Il n'y a aucun résultat. On prescrit ensuite du sulfate de quinine, d'abord à la dose d'un gramme, puis d'un gramme et demi par jour : au bout de quelques jours les poussées d'urticaire paraissent ne plus se faire avec la même intensité ; mais, malgré la persistance du traitement, l'amélioration ne dure pas et les choses en reviennent à ce qu'elles étaient auparavant. On administre alors (vers le 25 juin) du salicylate de soude, 6 grammes ; on augmente, peu à peu, jusqu'à 10 grammes et on continue les bains sulfureux. Le souffle de la pointe du cœur persiste.

Les douleurs articulaires qui ont été très-légères, avaient disparu depuis longtemps au moment où commençait l'éruption d'urticaire.

29 *juin*. — Examen à l'ophthalmoscope (par M. Bacchi).

Rétinite rhumatismale. — Œil droit. — Œdème notable de la papille qui est saillante.

Les veines sont très-grosses et les artères petites.

Il y a de l'œdème péripapillaire.

On ne constate presque aucune différence dans les trois zones de la papille.

La malade voit très-mal de cet œil ; ainsi elle distingue vaguement la main ; mais il lui est littéralement impossible de reconnaître, ni le nombre, ni la disposition des doigts.

L'hypermétropie est prononcée ; les veines de la rétine sont tortueuses. Une légère traînée blanchâtre côtoie tous les vaisseaux ; un peu de pouls veineux.

13 *juillet.* — La malade commence un traitement par la strychnine.

Solution :	Eau distillée.	15 grammes.
	Sulfate de strychnine.	0,030 milligrammes.

On injecte autour de la cavité orbitaire un demi-gramme de solution, c'est-à-dire un milligramme du sel de strychnine.

Ce traitement, continué pendant une dizaine de jours, ne produit aucune amélioration.

1er *août.* — L'état de la malade est toujours le même. On a continué jusqu'à présent, avec quelques interruptions, le salicylate de soude; il n'y a pas eu d'accidents. Pendant quelques jours l'urticaire avait cessé de se montrer; mais l'éruption s'est bientôt manifestée de nouveau : de temps à autre, à la naissance du cou, aux bras, sur le devant de la poitrine, apparaissent des plaques d'urticaire, avec démangeaisons très-vives. Le bruit de souffle, indiquant une lésion mitrale en évolution, persiste ; les mouvements choréiformes ne se sont pas modifiés; les douleurs articuaires et la fièvre n'ont pas disparu ; la malade commence à bien manger.

Obs. III. — *Éruption scarlatiniforme chez une rhumatisante.*

La nommée S..., Marie, âgée de 27 ans ; profession : domestique.

Entrée le 19 février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 18.

Renseignements. — Père rhumatisant ; la malade n'a jamais eu ni la rougeole, ni la variole, mais plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu ; l'une d'elles a duré trois semaines.

Il y a trois jours, la malade a été prise de courbature

générale dans tous les membres, de céphalalgie assez vive, d'anorexie et de soif.

Léger état fébrile. T. A. 38°, 5.

Coryza et conjonctivite, ces jours derniers.

Le 16 et 17 courant, frissons très-intenses et répétés, surtout dans la soirée. La malade souffrait en avalant des liquides.

La figure a été enflée et couverte de petits boutons.

Ce même jour, l'éruption a gagné le cou, la poitrine et le dos. Les membres furent bientôt envahis par l'érythème.

D'après la malade, l'éruption était formée par de petits boutons rouges, légèrement saillants, très-rapprochés les uns des autres ; quelques démangeaisons.

La langue était sèche, un peu râpeuse, blanchâtre au milieu, rouge et humide sur les bords.

20 *Février.* — *État actuel.* — La fièvre est nulle ou presque nulle. T. A. 37°, 5.

Glandes sous-maxillaires un peu tuméfiées et douloureuses.

Les amygdales sont gonflées et rouges, surtout la droite.

Appétit modéré, urine normale.

L'éruption n'existe plus sur la figure, mais le visage est œdémateux. Il y a quelques petites lamelles furfuracées sur les paupières et, çà et là, sur les autres parties de la face.

Cette éruption, moins prononcée au cou, est en pleine efflorescence sur la face antérieure du tronc, principalement à l'épigastre et entre les seins, sur le dos et sur les cuisses, dans le creux poplité, aux bras, dans l'aisselle, le pli du coude ; elle est surtout très-accusée au niveau des jointures et dans le sens de la flexion. Cette éruption est constituée par de petites taches, les unes punctiformes, les autres un peu plus larges, irrégulièrement arrondies, confluentes. En somme elle offre à peu près les caractères d'une éruption scarlatiniforme. M. le professeur Hardy à

qui la malade a été montré, penche vers ce diagnostic, tout en faisant quelques réserves. M. Vulpian croit plutôt à une éruption rhumatismale scarlatiniforme; il se fonde sur les caractères de l'exanthème, sur son évolution, sa marche et sa durée, sur les démangeaisons plus ou moins cuisantes que provoque l'éruption, sur l'état œdémateux de la face produit par l'irritation de la peau.

Traitement. — On donne à la malade, 30 grammes de sulfate de soude. — Tilleul. — Bouillon.

22 *Février.* — Desquamation très-légère, furfuracée; tous les points occupés par l'éruption sont un peu rouges; dans les plis des jointures, et par place, il persiste quelques plaques érythémateuses; l'œdème de la face diminue peu à peu.

25 *Février.* — L'appétit est revenu; la malade mange deux portions. — Vin de quinquina.

1er *Mars.* — Elle est sortie guérie, sans avoir eu de douleurs rhumatismales ou rhumatoïdes. L'éruption avait complétement disparu, ainsi que l'œdème de la face.

Obs. IV. — *Erythème papuleux. — Lumbago rhumatismal. — Angine rhumatismale.*

Le nommé P... Schomes, âgé de 18 ans, journalier.

Entré le 24 mai 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 19 *bis*.

Renseignements. — Ce jeune homme, âgé de 18 ans, journalier, habite Paris depuis sa naissance.

Toujours bien portant; dans son enfance, il eut, dit-il, des gourmes à la tête vers l'âge de 6 ans; ces gourmes durèrent un mois. Depuis cette époque, sauf quelques légères douleurs de temps à autre dans les jointures, il s'est toujours bien porté.

Il nie tout antécédent alcoolique et syphilitique et l'on ne trouve aucune cicatrice de chancre ou d'éruption secondaire.

Il y a trois semaines il fut pris, sans cause appréciable, de maux de gorge, avec extinction de la voix.

Cette angine alla croissant et bientôt il lui fut impossible d'avaler autre chose que des liquides.

A peu près en même temps, il eut une fièvre assez intense, avec frissons le soir, frissons suivis de chaleur et de sueur abondante. Depuis cette époque le malade sue beaucoup la nuit.

De plus il était courbaturé, avait des nausées; l'appétit était presque perdu, et d'ailleurs il lui était impossible d'avaler le moindre aliment solide. Céphalalgie assez intense.

Il y a 8 jours il fut pris dans la région lombaire de *douleurs assez vives;* ce lumbago alla croissant et l'empêcha bientôt de faire le moindre mouvement.

Le 24 mai 1877, il entre à l'hôpital.

État actuel. — C'est un garçon bien musclé.

La peau est couverte de sueur; léger mouvement fébrile.

Sur les jambes, la face interne des cuisses, on voit de petites plaques rouges, disparaissant par la pression, un peu saillantes, de dimensions variant entre une pièce de dix sous et d'un sou; elles n'occasionnent aucune démangeaison.

Sur la partie antérieure et inférieure de la cuisse droite, plaque d'un brun rouge, saillante, se desquamant un peu : elle est le siége de démangeaisons assez vives. Cette plaque, couverte de petites vésicules d'herpès, existe depuis deux mois, dit le malade.

Poumons sains.

Quelques râles sibilants à la base et en arrière.

Cœur sain. Les bruits sont un peu sourds.

Foie, rate, sains.

L'appétit est modéré. Constipation.

Le malade souffre encore un peu de la gorge et sa voix est fortement enrouée.

Il n'avale qu'avec douleur les aliments solides.

Les amygdales sont grosses, rouges, douloureuses.

Les piliers sont un peu rouges.

Lumbago violent; la masse sacro-lombaire est douloureuse à la pression; le moindre mouvement, les efforts de toux exaspèrent la douleur.

Urine un peu rougeâtre; ni sucre, ni albumine.'

Traitement. — Ventouses sèches sur la région lombaire. — Tilleul chaud. — Lavement purgatif. — Potion gommeuse avec 4 grammes de chlorate de potasse. — Sulfate de quinine 0,50 centigrammes. Au bout de six jours de ce traitement, le malade sort guéri.

Obs. V. — *Rhumatisme articulaire aigu.* — *Onglée* (*Syncope des extrémités*). — *Cystite rhumatismale.* — *Erythème papuleux.*

Le nommé H... Eugène, âgé de 30 ans, profession : coloriste, — salle St-Raphaël, lit n° 5; entré le 15 juillet.

Antécédents de famille. — Rien à noter.

Antécédents personnels. — A 18 ans, le malade a eu une fièvre typhoïde grave, qui l'a obligé de garder le lit pendant 3 mois.

A 24 ans, il aurait eu, dit-il, une gastrite. Il n'indique comme symptômes que des douleurs de ventre, des borborygmes, de l'inappétence opiniâtre. Depuis ce moment le malade n'a fait aucune maladie sérieuse.

Il y a 10 jours, il éprouva une douleur très-vive dans le pied droit. Cette douleur l'empêcha immédiatement de marcher. Pendant la nuit, le genou et l'épaule du même côté furent pris, ainsi que la main gauche. (On lui donna de la tisane de frêne avec du nitrate de potasse; le malade ne peut donner aucun autre renseignement sur le traitement). Au bout de 2 jours les douleurs de l'épaule et du genou disparurent; mais les autres articulations restèrent douloureuses.

Depuis ce temps l'état général est le même.

État actuel. — Fièvre peu intense; coloration pâle de la peau; sueurs assez abondantes. T. A., 38° 2.

Rien au cœur, ni dans les vaisseaux.

Pas d'appétit. — Constipation. Le malade a de la peine à uriner.

Les articulations prises sont : l'articulation tibio-tarsienne droite; les articulations du tarse de ce même côté, ainsi que l'articulation du poignet gauche. Ces jointures sont gonflées, douloureuses et la peau qui les recouvre offre une coloration rouge.

16 *Juillet.* — Éruption sur la face postérieure du bras droit (érythème papuleux).

Traitement. — On prescrit : sulfate de quinine, 1 gr.; 1 pilule d'extrait thébaïque de 0,05 le soir; du chiendent nitré comme tisane. Baume tranquille sur les jointures souffrantes.

18 *Juillet.* — L'état est à peu près le même : on élève la dose de sulfate de quinine à 1 gr. 50 à prendre en 3 paquets, à intervalles de plusieurs heures.

20 *Juillet.* — L'articulation du poignet gauche est guérie. Les sueurs sont toujours aussi abondantes. L'articulation tibio-tarsienne gauche est toujours très-douloureuse. Le malade n'a pas uriné depuis deux jours.

Cathétérisme; spasme de l'urèthre; on retire plus de deux litres d'urine.

21 *Juillet.* — Nouveau cathétérisme; toujours du spasme de l'urèthre. Environ un litre d'urine.

22 *Juillet.* — Le malade n'a pas uriné depuis hier, pourtant la vessie n'est pas distendue.

On pratique le cathétérisme; toujours spasme intense, douloureux. On ne retire que fort peu d'urine. Pas d'albumine.

23 *Juillet.* — Le malade n'a pas uriné depuis hier. Cathétérisme difficile à cause du spasme qui est toujours

très-considérable. Peu d'urine. La constipation persiste. Le malade ne va pas à la garde-robe, si ce n'est par des lavements purgatifs.

24 *Juillet.* — Nouveau cathétérisme. Toujours du spasme. Peu d'urine. Amélioration dans l'état de l'articulation du pied.

25 *Juillet.* — Cathétérisme. Spasme. Peu d'urine. Continuation de l'amélioration de l'arthrite rhumatismale tibio-tarsienne.

26 *Juillet.* — Même état.

27 *Juillet.* — Le malade a un peu uriné seul dans la journée d'hier. On le sonde quand même. Toujours du spasme.

28 *Juillet.* — Nouveau cathétérisme. Spasme.

29 *Juillet.* — Le malade a uriné dans la nuit. Urines assez abondantes. Pas de cathétérisme.

30 *Juillet.* — Le malade a uriné deux fois. L'amélioration de l'arthrite tibio-tarsienne fait de nouveaux progrès.

31 *Juillet.* — Le premier bruit de la base du cœur est légèrement soufflant.

Bruits vasculaires. Bruit de mouche (vaisseaux du cou à droite). Quelques vomissements dus à de l'embarras gastrique. Un peu de dyspnée.

1er *Août.* — État général satisfaisant.

3 *Août.* — On supprime le sulfate de quinine. La douleur est peu considérable dans l'articulation tibio-tarsienne. En revanche, elle est toujours vive dans les autres articulations du pied, surtout dans l'articulation médio-tarsienne et celle du gros orteil avec le premier métatarsien.

Un peu d'amélioration.

Ce matin, vers 5 heures, le malade a commencé à ressentir de l'engourdissement dans le pied gauche. Il éprouvait, en outre, une sensation de froid qui envahis-

sait le pied, petit à petit; jusqu'au moment de la visite il avait eu de petits frissons irréguliers. A neuf heures, le pied gauche est froid, la peau est blanchâtre et la sensibilité tactile, diminuée.

Le chatouillement léger de la plante du pied est à peine perçu.

Il n'y a qu'un fort chatouillement qui détermine des mouvements du membre. On sent les battements de la pédieuse. Persistance de l'engourdissement, et de la sensation de froid perçue par le malade. Les mouvements des orteils sont lents.

A la main droite le bout des 4 derniers doigts est le siége d'accidents analogues.

(Onglée. — Asphyxie et syncope locales.) Cet état disparut dans le courant de la journée. La disparition eut lieu petit à petit. Au moment de la visite, l'onglée de la main avait cédé. La jambe gauche, et la jambe et le pied du côté droit sont couverts de vergetures.

L'engourdissement de la main a disparu, mais celui du pied persiste.

La main perçoit facilement une différence de température.

Température de la région interne.				mesurée avec
Pied droit.	—	—	32° 1′	le même
Pied gauche.	—	—	28° 1′	thermomètre.

Sort le 31 août guéri.

Le sulfate de quinine a-t-il contribué à déterminer le spasme de l'urèthre et, plus tard, le spasme des petits vaisseaux des orteils et des doigts? Il est permis de le supposer et c'est cette hypothèse qui a conduit M. Vulpian à supprimer ce médicament, bien que les affections rhumatismales des jointures ne fussent pas complétement guéries.

Obs. VI. — *Rhumatisme articulaire aigu. Plaques d'anesthésie, au niveau des gaînes synoviales douloureuses. — Courte durée de cette anesthésie.*

La nommée C..., Marie, âgée de 28 ans, lingère.

Entrée le 1er mars 1877, salle Sainte-Madeleine, n° 12.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 28 ans, est réglée depuis l'âge de 17 ans; mais il y a un peu d'irrégularité dans l'apparition de ses règles; elle a souvent des retards d'une semaine et plus.

Elle déclare s'être toujours bien portée et n'accuse aucun antécédentscrofuleux ni rhumatismal.

Elle ne se souvient pas d'avoir été malade et les commémoratifs, au point de vue de l'hérédité, sont complétement nuls.

Lundi dernier, elle a été prise d'un malaise général, qui a duré quelques instants; puis la partie inférieure de l'avant-bras gauche s'est gonflée ainsi que le poignet et la main. Ces parties sont devenues très-douloureuses. Il existait des élancements très-forts qui étaient accompagnés d'une sensation de chaleur marquée, dans ces régions. — Cependant les mouvements du poignet et des doigts deviennent difficiles; la douleur empêche la malade de les fléchir.

Ce n'est que depuis mercredi soir que le poignet gauche est devenu gros; il s'est gonflé peu à peu, et ce gonflement est accompagné d'une tension douloureuse. — La pression la plus légère, le moindre mouvement provoquaient de vives douleurs. — En même temps une rougeur intense se manifesta et elle existe encore aujourd'hui (1er mars).

État actuel. — La rougeur occupe la face externe de la partie inférieure de l'avant-bras, descend le long de la gaîne des radiaux et se termine sur la face dorsale du pouce. Cette rougeur est intense, disparaît à la pression du doigt; on constate, sur les parties tuméfiées, une chaleur assez marquée à la palpation. A ce niveau la douleur est

cuisante; elle présente quelquefois les caractères d'élancements. On constate aussi sur le trajet de cette rougeur, une tuméfaction plus accusée que partout ailleurs et qui donne la sensation d'un empâtement diffus.

La pression, les mouvements que l'on veut faire exécuter à la main, aux doigts et au poignet sont très-douloureux, mais beaucoup plus à la face dorsale qu'à la face palmaire.

Les doigts sont naturellement fléchis au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; le pouce seul est dans une moyenne extension.

Les douleurs vives causent un peu d'insomnie; il n'y a pas de gonflement du ganglion épitrochléen ni des ganglions dans l'aisselle. L'examen des doigts ne montre pas la moindre écorchure, du reste la malade déclare ne s'être pas blessée. Elle n'a jamais eu de frissons ni de fièvre.

La main droite est normale.

L'examen du cœur montre des battements précipités avec un souffle à la base au 1er temps; souffle doux. Il existe aussi un souffle doux dans les vaisseaux du cou.

L'examen de la poitrine, du foie et de la rate n'accuse rien d'anormal.

L'urine est normale et ne contient ni albumine ni sucre.

La malade n'a ni vaginite, ni uréthrite.

Traitement. — Sulfate de quinine : 1 gramme en deux paquets à 5 ou 6 heures d'intervalle; chiendent nitré; baume tranquille sur la main.

4 *mars.* — Le gonflement et la rougeur s'accentuent davantage et gagnent aussi en étendue, au point d'envahir le dos de la main et d'empêcher tout mouvement du poignet et des doigts.

Sulfate de quinine, 1 gr. 50 en 3 paquets.

12 *mars.* — Diminution du gonflement et de la douleur.

Reprise des mouvements spontanés, mais en même temps, apparition des mêmes phénomènes inflammatoires à la face antérieure du cou-de-pied gauche et le long du bord antérieur du pied. Il existe à ce niveau une rougeur d'une teinte un peu lie de vin, et un gonflement assez notable. On sent un empâtement assez marqué, et des douleurs cuisantes très-fortes occupent la région ; tout mouvement est aboli.

15 *mars.* — En même temps, reprise des phénomènes au poignet gauche et apparition d'un état fébrile assez marqué, avec sueurs, courbature et anorexie.

On ausculte le cœur et on trouve le souffle de la base au premier temps comme au début; rien à la pointe.

Les phénomènes diminuent d'intensité, la fièvre tombe; le pied seul reste douloureux et gonflé.

3 *avril.* — Nouvelle reprise des accidents ; cette fois le poignet droit enfle à son tour, et le gonflement douloureux existe aussi au poignet gauche et au cou-de-pied. Cette nouvelle reprise dura peu de temps, mais elle fut accompagnée et suivie d'un phénomène intéressant qui consistait en une *anesthésie complète des doigts de la main gauche, surtout du pouce.* La malade était complétement insensible au toucher, à la douleur, à la chaleur et au froid; cette anesthésie remontait un peu sur le dos de la main et sur le poignet. A droite elle existait, mais beaucoup moins marquée, le pied ne présentait aucune altération de la sensibilité.

13 *avril.* — Amélioration notable de tous les accidents. *Disparition de l'anesthésie.*

Persistance d'un peu de gêne des mouvements. On supprime le sulfate de quinine.

22 *avril.* — La malade quitte l'hôpital complétement guérie.

Obs. VII. — *Rhumatisme articulaire aigu. — Œdème rhumatismal.*

La nommée C..., Joséphine, âgée de 21 ans, domestique. Entrée le 24 mai 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 3.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 21 ans, domestique, a été réglée à 19 ans ; elle l'a toujours été très-irrégulièrement; les retards sont très-longs et ils existent à chaque époque mensuelle.

Elle accuse, comme antécédents, des douleurs rhumatismales peu intenses; jamais d'attaques aiguës.

Cependant elle déclare avoir eu à un moment donné des douleurs dans les genoux, avec gonflement assez considérable des jambes.

Il y a 2 jours, après un refroidissement, elle a été prise d'un mal de gorge assez violent, avec difficulté de la déglutition, douleur et salivation abondantes.

La nuit dernière, elle a eu des frissons répétés, des douleurs de tête violentes, de la courbature, de la fièvre assez intense ; l'insomnie a été absolue.

État actuel. — Aujourd'hui la malade se plaint toujours de la gorge, mais seulement quand elle veut avaler sa salive ; de plus, elle accuse des douleurs assez fortes dans les oreilles; celles-ci se montrent également dans les mouvements de déglutition.

La langue est blanchâtre, pâteuse, amère; la malade a la bouche amère, l'haleine fétide et se plaint d'avoir eu des nausées sans vomissements.

L'appétit est complétement aboli; la soif seule a persisté.

La fièvre est assez vive; la malade est couverte de sueurs ; elle a une courbature générale; la céphalalgie est très-vive et s'accompagne de vertiges, quand elle veut se tenir debout.

Il n'y a pas eu de diarrhée, mais la constipation est constante depuis quelques jours.

L'examen de la bouche et de la gorge montre une coloration rouge foncée de toute l'arrière-gorge avec dépôts blanchâtres à droite et un peu de gonflement de l'amygdale droite.

L'épaule droite est douloureuse. Ces douleurs sont peu vives et ne s'accusent que dans les mouvements spontanés et communiqués.

Les jambes sont le *siége d'un œdème assez notable;* cet œdème est un peu douloureux; la peau est rouge; l'œdème remonte de la moitié des jambes aux genoux; des deux côtés, surtout à gauche, gonflement dû au développement des bourses séreuses de la région; épanchement liquide dans ces bourses séreuses; la bourse séreuse prérotulienne est la plus développée.

Enfin on constate l'existence d'un goître assez notable, *ayant débuté dans l'enfance.*

La malade tousse uu peu et on trouve quelques râles de bronchite, en arrière, des deux côtés.

Le *cœur* est sain, les battements sont seulement très-forts et précipités.

L'*urine* est un peu rouge, mais ne renferme ni albumine ni sucre.

Pas d'écoulement vaginal, ni uréthral.

Traitement. — 25 *mai.* — Ipéca 1 gr. 50.

26 *mai.* — La fièvre est beaucoup moins vive ; l'état général est meilleur, mais les douleurs persistent. Sulfate de quinine 1 gr. en 2 paquets. — Tisane nitrée.

28 *mai.* — Les douleurs ont presque disparu, ainsi que l'œdème des membres inférieurs.

1er *juin.* — La malade est guérie.

Obs. VIII. — *Rhumatisme articulaire aigu. — Albumnurie transitoire. — Traitement par le salicylate de soude. Guérison rapide.*

La nommée V..., Joséphine, âgée de 55 ans, domestique.

Entrée le 16 mai 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 16.

Renseignements. — Père mort d'une fièvre cérébrale; mère morte à 65 ans, sans que la malade puisse dire de quelle affection ; pas d'antécédents rhumatismaux dans la famille , mais éruptions fréquentes de la peau chez son père et son oncle.

Petite vérole à l'âge de 4 ans; pas d'autres maladies; constitution forte et robuste.

Réglée vers treize à quatorze ans, et toujours bien réglée, elle a cessé de l'être dans les circonstances suivantes : en février 1871, elle était en pleine menstruation quand les Prussiens sont entrés dans les Champs-Élysées ; elle eut frayeur : ses règles disparurent pour ne plus revenir.

Elle a eu une fausse couche et deux enfants.

Blanchisseuse de douze à trente-quatre ans, elle quitta le métier à cause des douleurs qu'elle avait dans l'épaule droite. Cependant cette douleur ne lui a pas fait interrompre tout travail, mais elle crut que sa profession lui était défavorable.

Jamais elle n'a habité de logement humide.

Le 3 *avril* de cette année, elle fut prise, sans cause appréciable, d'une sensation vive de fatigue, après s'être exposée au froid, à l'humidité. Peu après elle ressentit une douleur assez notable dans l'articulation tibio-tarsienne droite, douleur continue, quoique plus intense à certains moments qu'à d'autres; gonflement et sécheresse de la peau.

1er *au 2 mai.* — L'articulation tibio-tarsienne gauche est prise aussi, de même que les genoux. Le genou gauche était surtout tuméfié et l'on pouvait constater, dans le creux poplité, un gonflement de la grosseur d'un œuf de pigeon. Les coudes et les poignets sont également le siége de douleurs rhumatismales.

12 *mai.* — Perte d'appétit; soif vive.

L'articulation sacro-iliaque est un peu douloureuse.

La malade ne paraît pas avoir été soignée d'une façon suivie.

17 *mai.* — *État actuel.* — Malade fortement constituée; panicule graisseux abondant.

Ses conjonctives, ses lèvres et ses gencives sont un peu décolorées; pupilles dilatées.

La peau est couverte d'une sueur abondante; la malade est anxieuse; elle souffre et se plaint continuellement; elle garde l'immobilité.

Les articulations les plus douloureuses sont les articulations tibio-tarsiennes; elles ont été prises les premières; elles sont rouges à la face latérale, au niveau du passage des gaînes tendineuses.

Le coude gauche et le poignet du même côté sont tuméfiés assez notablement, tandis que les articulations correspondantes du côté droit prises avec autant d'intensité ces jours derniers, sont bien dégagées aujourd'hui.

Les genoux, également un peu tuméfiés, sont le siége d'un épanchement peu abondant. Les épaules sont douloureuses, surtout la droite.

Toute la colonne vertébrale est douloureuse, et la malade ne peut tourner la tête sans ressentir une violente douleur qu'excite ce mouvement.

L'articulation sacro-iliaque gauche est le siége de douleurs très-vives.

Poumons. — Congestionnés à la base, avec râles muqueux à moyennes bulles, plus marqués du côté droit.

Cœur. — Rien.

Urines. — Rouge brique, dépôts uratiques. Un peu d'albumine.

Traitement. — 6 grammes de salicylate de soude dans une potion de 120 grammes à prendre dans les 24 heures.

18 *mai.* — La main droite et le membre supérieur droit tout entier sont plus dégagés.

19 *mai.* — Au membre supérieur droit, la main est gonflée, les doigts sont semblables à des boudins, et jusqu'au poignet, la tuméfaction est extrême; la peau, lisse et tendue, est chaude, un peu rouge.

Les membres abdominaux sont dégagés assez notablement pour exécuter des mouvements; il en est de même du membre thoracique du côté gauche. La malade n'a pas encore éprouvé un pareil sentiment de bien-être relatif depuis plus d'un mois.

L'albuminurie est extrêmement faible.

22 *mai.* — La main droite a recouvré la liberté de ses mouvements, bien que ses jointures soient encore un peu douloureuses. Il existe toujours de légères douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes. On donne salicylate de soude : 8 grammes.

27. Léger bruit de souffle à la pointe du cœur, au premier temps et dédoublement au même temps.

Pouls faible et très-peu irrégulier.

L'amélioration de l'état des jointures se maintient et fait de nouveaux progrès; cependant il y a toujours des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes : ces douleurs peu aiguës en général, deviennent plus vives certains jours, et cette exacerbation s'accompagne de la réapparition d'un peu de rougeur sombre de la peau. On continue le salicylate de soude à la dose de 8 grammes.

30 *mai.* — Les symptômes cardiaques s'accentuent un peu; ils n'ont pas été accompagnés de fièvre.

La température depuis le 16 mai est restée normale.

Un tracé sphygmographique n'indique rien de particulier. Cependant la ligne ascensionnelle est peu élevée; dicrotisme à peine accusé, ainsi que l'irrégularité ; la courbe descend très-lentement à la fin de chaque pulsation.

8 *juin*. — Les douleurs des articulations tibio-tarsiennes n'ont pas cessé; mais elles sont réduites à un degré qui n'empêche pas les mouvements, ni même la station verticale : il n'y a pas eu d'exacerbation depuis plusieurs jours. Les jointures des membres supérieurs n'ont pas été reprises depuis les premiers jours du traitement. On supprime le salicylate de soude qui, pendant tout le temps, n'a donné nulle trace d'intoxication.

10 *juin*. — On prescrit de nouveau le salicylate de soude pour des douleurs vagues qui sont revenues dans les grandes articulations.

Malgré le salicylate de soude repris d'abord à la dose de 6 grammes, puis à celle de 8 grammes, les douleurs, sans cesser d'être en somme légères, durent encore pendant une quinzaine de jours. La malade peut se lever chaque jour et faire quelques pas.

28. — On a cessé de donner du salicylate de soude depuis deux ou trois jours, les douleurs pouvant être considérées alors comme tout à fait calmées. La malade sort en très-bon état.

Obs. IX. — *Rhumatisme articulaire aigu. — Albuminurie passagère. — Traitement par le salicylate de soude. — Guérison rapide.*

Le nommé Nicolas, âgé de 43 ans, garçon de recette.

Entré le 2 août 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit

Renseignements. — Cet homme, âgé de 43 ans, est garçon de recette. Il affirme s'être toujours bien porté dans son jeune âge.

En 1867, il fut atteint d'une sciatique à gauche; les douleurs ne dépassaient pas le pli fessier inférieur.

Pas d'autres antécédents rhumatismaux; pas d'antécédents scrofuleux, ni syphilitiques.

Il reconnaît avoir fait, étant jeune homme, d'assez fréquents excès alcooliques (eau-de-vie et bière).

En 1875, il fut atteint d'une blennorrhagie qui guérit en 6 semaines.

Il y a trois semaines, à la suite d'un refroidissement prolongé, il fut pris de lumbago. — Puis il ressentit quelques douleurs au niveau de l'attache du tendon d'Achille droit, vit ensuite la face supérieure du pied gauche et la cheville se gonfler; en même temps, il ressentait quelques douleurs à la face supérieure de ce même pied; ensuite celui du côté droit se gonfla au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. En outre, le genou gauche fut le siége de légères douleurs.

Cet état persistant, il entre à l'hôpital le 2 août 1877.

État actuel. — C'est un homme fatigué, d'un aspect cachectique; la surface de sa peau et de ses muqueuses est pâle et décolorée; la cheville et le cou-de-pied gauche sont le siége d'un gonflement considérable, qui s'étend sur toute la face supérieure du pied.

On retrouve l'œdème jusqu'au niveau du genou. — Les mouvements d'extension et de flexion de l'articulation tibio-tarsienne sont peu douloureux, mais il n'en est pas de même des mouvements de latéralité; douleur assez vive à la pression, sur la face supérieure de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit.

Le genou gauche est un peu gonflé; les mouvements de cette articulation ne sont pas douloureux, mais on provoque de la douleur par la pression au niveau du ligament latéral interne de la patte d'oie, et de la tête du péroné.

Les chevilles et le cou-de-pied droit sont le siége d'un léger œdème.

Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont presque indolores.

On provoque de la douleur par la pression au niveau du tendon d'Achille.

La peau des articulations a conservé sa couleur normale. La température n'est pas élevée; douleur assez vive dans les portions inférieures des masses musculaires dorso-lombaires.

Cœur. — L'impulsion cardiaque est assez faible, mais les battements sont réguliers; le premier temps est un peu soufflant à la pointe et le siége d'un dédoublement.

Souffle doux à la base et au premier temps. Léger souffle dans les vaisseaux du cou.

Poumons. — Sonorité normale; légère diminution du murmure vésiculaire; quelques râles bronchiques.

L'appétit est bon; le malade dort bien.

Le malade urine beaucoup; il se lève plusieurs fois la nuit pour uriner.

Urine claire, un peu rouge, contient un léger nuage d'albumine.

Traitement. — Potion gommeuse avec 5 gr. de salicylate de soude. — Lavements purgatifs. — Baume tranquille sur les jointures douloureuses.

4 *août.* — Encore un peu d'albumine dans les urines.

5 *août.* — Il y a plus d'albumine dans l'urine. — On continue le salicylate de soude. Le malade sort convalescent le 12 août.

Obs. X. — ***Rhumatisme sub-aigu.* — *Insuffisance mitrale.* — *Albuminurie passagère.***

La nommée V... Georgina, âgée de 22 ans, blanchisseuse. Entrée le 18 janvier 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 14.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 44 ans, d'un catarrhe pulmonaire.

Son père exerce la profession de baigneur; il est atteint tous les hivers de rhumatismes, localisés aux genoux.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans; bien réglée jusqu'à l'époque où elle eut un enfant (août 1875); depuis ce temps, les règles viennent toutes les 3 semaines environ.

Pas de fleurs blanches.

En janvier 1876, première attaque de rhumatisme, commençant par le cou, puis gagnant les lombes, les jambes, les pieds, les bras et les doigts.

Cette attaque dura six semaines; la malade eut un peu de fièvre; cependant elle n'a pas cessé de travailler.

Il y a 8 jours, seconde atteinte, ayant débuté cette fois par les jambes, puis touchant successivement les épaules, les bras, les pieds, les genoux et les épaules.

Au moment de ces attaques de rhumatisme, la malade ne reconnaît pas avoir été plus que de coutume exposée au froid et à l'humidité.

Elle n'a pas eu d'éruptions cutanées.

L'appétit a toujours été bon.

État actuel. — La malade se plaint de ses genoux et de ses épaules; ces régions sont douloureuses; on n'observe à leur niveau ni gonflement, ni rougeur, excepté aux genoux qui sont le siége d'un épanchement assez abondant.

A l'épaule, les mouvements déterminent des craquements articulaires.

Douleurs dans les mollets.

Cœur. — Il a été atteint par le rhumatisme; bruit rude au premier temps et à la pointe. Cette atteinte d'endocardite mitrale date vraisemblablement de la première attaque, car, à l'heure actuelle, il n'y a pas de palpitations. Pas d'hypertrophie cardiaque; on voit la pointe du cœur battre sous le mammelon gauche.

On perçoit aussi un souffle à la base, mais peu net et isochrone à un bruit de souffle dans les vaisseaux du cou; il est probablement dû à de l'anémie : du reste, les conjonctives sont pâles; les pupilles dilatées.

Urines louches; desquamations épithéliales.

Un peu d'albumine; pas de sucre.

Pas d'œdème des membres inférieurs. L'appétit est presque nul; langue saburrale. — Constipation. — État fébrile très-modéré.

Traitement. — Sulfate de quinine 1 gramme en deux paquets. Une pilule de 0,05 d'extrait thébaïque; le soir, chiendent nitré (6 grammes de nitrate de potasse).

22 *janvier.* — Le rhumatisme, après avoir passé du genou dans l'épaule, s'y est maintenu 2 ou 3 jours, en diminuant d'intensité, jusqu'à ne plus causer de douleurs.

L'état du cœur reste ce qu'il était lors du premier examen de la malade.

25. — La malade sort guérie de son atteinte rhumatismale. Le souffle persiste au premier temps et à la pointe.

L'albuminurie a duré quatre jours.

Obs. XI. — ***Rhumatisme articulaire aigu. — Endo-péricardite. — Traitement par le salicylate de soude. Amélioration rapide des lésions arthritiques.***

Le nommé M..., Jean-Laurent, 25 ans, garçon de magasin.

Entré le 12 mai 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 24.

Renseignements. — Ce jeune homme, âgé de 25 ans, garçon de magasin, dit s'être toujours parfaitement porté pendant sa jeunesse ; pas la moindre trace d'accidents rhumatismaux avant 1872.

En 1872, à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu qui se limita aux deux articulations tibio-tarsiennes et aux deux genoux.

Il entra à l'hôpital Saint-Antoine et en sortit guéri au bout de 15 jours.

Quelque temps après, il était facilement pris de palpitations, s'essoufflait quand il montait les escaliers, mais il ne se souvient pas d'avoir eu les jambes enflées.

Rien à noter du côté de ses parents.

Pas d'antécédents alcooliques, ni syphilitiques.

Il y a 20 jours, à la suite d'un refroidissement, croit le malade, il eut des douleurs dans le genou gauche, lequel ne tarda pas à se gonfler, en même temps que la peau devenait un peu rosée.

Bientôt il fut pris de palpitations, surtout le soir en se couchant, et principalement quand il se couchait sur le côté gauche; puis il eut de la dyspnée, dyspnée assez forte et exagérée par le moindre effort.

Il n'en continua pas moins son travail, malgré la douleur du genou gauche.

Mais, il y a 15 jours, la dyspnée, les palpitations augmentèrent; il vit ses deux membres inférieurs se gonfler énormément, ressentit de vagues douleurs dans les masses musculaires des cuisses et, le 12 mai 1877, il entra à l'hôpital.

État actuel. — C'est un homme assez fort, d'un embonpoint notable; ses joues présentent un aspect de congestion un peu bleuâtre, les lèvres sont bleues, en un mot il a le facies cardiaque.

Les membres inférieurs sont le siége d'un œdème assez prononcé, surtout aux jambes.

Cœur. — Légère voussure de la région précordiale.

En mettant en ce point deux petits index en papier, l'un sur la base, l'autre sur la pointe, l'on constate deux centres de battements alternatifs.

La pointe bat à 2 cent. au-dessous du mamelon, un peu en dedans de celui-ci.

Auscultation. — Souffle net au 1er temps et à la pointe, se propageant dans l'aisselle.

Souffle à la base, se propageant dans les vaisseaux du cou, mais masqué par un frottement péricardique léger s'entendant après le 1er temps, parfois après le second, et

dont le foyer maximum est un peu au-dessus de l'appendice xyphoïde.

Poumons. — Sains ; légère augmentation de la sonorité en haut, en avant de la poitrine, et légère diminution du murmure vésiculaire dans cette région.

Foie. — Aucun changement notable de volume; pas de douleur à la percussion.

Rate. — Rien à noter.

L'*appétit* est assez bon.

Urine. — D'apparence normale; ni sucre, ni albumine.

Pas de blennorrhagie.

Le genou gauche, fortement tuméfié, est très-douloureux; les saillies osseuses de l'article ont disparu; sensation de fluctuation.

On perçoit nettement le choc de la rotule contre les condyles du *fémur*, après avoir fait refluer le liquide de l'hydarthrose dans les prolongements sous-tricipitaux de la synoviale.

Les autres articulations sont intactes.

Quelques douleurs dans les masses musculaires des cuisses.

Traitement. — 13 *mai.* — 6 ventouses scarifiées à la région précordiale.

Les frottements péricardiques sont un peu plus nets et peuvent être perçus à la palpation.

Dyspnée diminuée. Six grammes de salicylate de soude dans une potion de 120 grammes.

14. — Frottements péricardiques intermittents.

Les 2 souffles apparaissent avec une grande netteté.

15 *mai.* — Les frottements péricardiques se montrent d'une façon intermittente, tantôt forts, tantôt faibles; leur siége varie; tantôt on les entend à la pointe, tantôt à la base; on ne les perçoit guère qu'au 1er temps et pendant le grand silence.

Le souffle de la pointe diminue.

Le liquide épanché dans le genou gauche s'est considérablement réduit : cependant on obtient encore le choc de la rotule : les douleurs sont bien moins vives.

Plus d'œdème. On applique de nouveau 6 ventouses scarifiées sur la région précordiale. On donne 8 grammes de salicylate de soude.

Au bout de quatre ou cinq jours, l'arthrite du genou est complétement guérie; les phénomènes de péricardite ne tardent pas à disparaître aussi; mais les souffles cardiaques persistent, offrant presque chaque jour des modifications montrant que l'évolution de la nouvelle atteinte d'endocardite valvulaire n'est pas terminée; tantôt le souffle de la pointe s'affaiblit, tandis que celui de la base s'accentue davantage ; tantôt, ils diminuent tous les deux; tantôt enfin ils augmentent l'un et l'autre. Le souffle de la base qui, au début, pouvait être rapporté à l'anémie est bien décidément organique. Malgré la disparition des symptômes arthritiques, on continue le salicylate de soude à la dose de 8 grammes. Le 18 ou 19 mai, on a appliqué un vésicatoire sur la région du cœur.

1er *juin*. — Le souffle de la pointe diminue : celui de la base est également beaucoup moins fort depuis 3 ou 4 jours.

Le malade quitte l'hôpital vers le 10 juin. Depuis longtemps, il se lève et il n'a plus de douleurs articulaires : l'endocardite a perdu toute acuité. Il reste toujours un double souffle (base et pointe), mais beaucoup moins fort que vers la fin du mois précédent. Le facies est pâle, mais n'offre plus de cyanose; il n'y a plus de palpitations excepté lors de marche un peu rapide ou de l'ascension des escaliers : la respiration n'est plus gênée. Le salicylate de soude a été continué presque jusqu'au jour de la sortie.

Obs. XII. — *Rhumatisme articulaire sub-aigu. Traitement par le salicylate de soude.*

Le nommé A..., Victor, 40 ans, tailleur.

Entré le 12 juillet 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 24.

Renseignements. — Père rhumatisant.

En 1870 : Variole. — Pas d'autres maladies.

Il y a 3 mois, blennorrhagie (guérie actuellement).

État actuel. — Depuis 8 jours, ce malade se plaint de douleurs siégeant aux deux genoux, aux mollets, sous la plante du pied, à l'épaule droite et dans le carpe au niveau du pisiforme.

Ces douleurs sont assez vives.

Elles occupent également la partie inférieure de la région postérieure des cuisses.

En même temps l'appétit diminue ; le malade éprouve souvent des nausées; cependant l'état général est assez satisfaisant ; pas de fièvre.

Le matin et dans la journée, il a de la pituite. — On ne trouve pas de signes alcooliques évidents.

Il importe de faire remarquer que chez ce malade, parfaitement guéri de sa blennorrhagie, les manifestations rhumatismales ont eu jusqu'à un certain point les allures du rhumatisme blennorrhagique. Les articulations atteintes ne sont pas gonflées, ni rouges.

Les mouvements des jointures se font avec facilité.

Aux deux genoux on perçoit des craquements très-nets. Les douleurs, sous les talons, sont extrêmement vives; cependant, dans ces parties, il n'y a pas de gonflement notable.

Le *cœur* ne présente rien de particulier.

Rien dans les *poumons*.

Les *urines* sont normales.

Traitement. — Salicylate de soude, 6 grammes.

15 *juillet.* — Les douleurs dans les genoux et les mollets ont diminué ; mais les douleurs des épaules, des chevilles, sous les talons, etc., persistent.

On continue le salicylate.

20 *juillet.* — Les douleurs sous la plante des pieds, celles de la partie externe des genoux, augmentent.

Celles des épaules diminuent un peu.

Douleurs dans les articulations métacarpo-phalangiennes de la main gauche.

21 *juillet.* — Salicylate de soude : 8 grammes.

23 *juillet.* — Salicylate de soude : 10 grammes.

24 *juillet.* — Bourdonnements d'oreilles très-forts. Céphalalgie, nausées ; vomissements et diarrhée depuis l'avant-veille. Sensation de grand malaise. Il y a bien certainement intoxication par le médicament. On le supprime. Tilleul et diète. Les douleurs articulaires et musculaires sont moins prononcées.

25 *juillet.* — Amélioration. Il y a encore quelques bourdonnements d'oreilles ; mais les autres phénomènes ont disparu. Le malade peut manger un peu.

27 *juillet.* — Les douleurs des talons et des mollets reprennent une certaine intensité. On prescrit de nouveau 6 grammes de salicylate de soude ; puis deux jours après, 8 grammes. Les douleurs diminuent progressivement. Pas de phénomènes d'intoxication. On ne sent plus de craquements dans les genoux.

8 *août.* — Part pour Vincennes, complétement guéri. On a cessé le salicylate de soude depuis plusieurs jours.

Obs. XIII. — *Rhumatisme articulaire sub-aigu. — Traitement par le salicylate de soude. Inefficacité du médicament. — Fièvre typhoïde légère, survenant pendant que la malade est soumise à cette médication.*

La nommée V..., Marie, 26 ans, employée aux tabacs.

Entrée le 5 juillet 1877, salle Sainte-Madeleine, lit nº 8.

Renseignements. — Cette malade est âgée de 26 ans; réglée à 14 ans, elle l'est très-régulièrement et n'a pas de leucorrhée dans les intervalles de ses règles.

Les antécédents héréditaires sont nuls.

Il n'existe pas de signes de scrofule.

Il y a 13 ans, elle eut des douleurs rhumatismales dans les genoux et les cous-de-pied; ces douleurs furent accompagnées de fièvre, et la forcèrent de garder le lit pendant un certain temps. Depuis elle a toujours conservé un peu de douleurs vagues dans ces articulations.

Il y a 13 jours, elles se montrèrent de nouveau et très-vives, au niveau des deux articulations tibio-tarsiennes; elles gagnèrent les deux genoux; enfin, depuis deux jours, l'épaule du côté droit est également prise.

Etat actuel. — Ces douleurs vives empêchent la malade de faire de grands mouvements, aussi la marche est excessivement difficile; la malade se fatigue très-vite, et au repos elle est soulagée en mettant ses genoux dans une demi-flexion.

La peau, au niveau des articulations douloureuses, n'a pas beaucoup changé de coloration; à la face interne des genoux, il y a un peu de rougeur érythémateuse; la température à ce niveau, est la même que dans les autres parties, et il n'existe pas de tuméfaction bien appréciable.

La douleur est surtout localisée en certains points; c'est ainsi qu'elle occupe spécialement la région antérieure du cou-de-pied; des deux côtés, la pression au niveau des gaînes tendineuses, est très-douloureuse. De même aux genoux, c'est sur le condyle interne, et à l'attache des tendons de la patte d'oie qu'elle est surtout marquée.

A l'épaule, c'est en avant et un peu en dehors.

Les mouvements spontanés que la malade exécute sont très-douloureux, et la main appliquée sur les articulations perçoit une sensation de frottement assez net.

Il existe un peu de fièvre, et un état gastrique assez prononcé ; elle se plaint de sueurs abondantes.

Des palpitations apparaissent constamment et s'accompagnent d'oppression très-forte quand la malade fatigue un peu; de plus, des douleurs névralgiques sont très-fréquentes, et aujourd'hui elle en accuse une très-vive à droite au-dessous du sein, surtout dans les grands mouvements d'inspiration.

Les jambes sont un peu œdémateuses ; elles sont enflées quelquefois.

Enfin, il y a 13 jours, il est survenu de l'enrouement et une extinction de la voix, mais il n'existe pas de douleurs.

La malade tousse un peu; elle a beaucoup maigri depuis quelque temps.

L'examen du cœur fait trouver un souffle doux à la base et au 1er temps, de même qu'un autre dans les vaisseaux du cou ; du reste, la malade présente une teinte pâle généralisée ; les gencives et les conjonctives sont surtout très-blanches.

L'examen de la poitrine indique une respiration normale, à part quelques frottements très-légers à gauche et en bas.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme en deux paquets. Chiendent nitré. Vin de quinquina. Ventouses sèches sur la région où siége le point de côté.

L'urine est pâle et ne contient ni albumine ni sucre.

13 *juillet.* — La rougeur s'accentue davantage au niveau des articulations tibio-tarsiennes et au genou droit. La douleur devient également plus vive et on fait des badigeonnages au laudanum.

15. — On donne à la malade 6 grammes de salicylate de soude.

18. — Diminution des douleurs, disparition de la rou-

geur qui existait autour des articulations, et disparition de l'extinction de voix.

20. — On supprime le sulfate de quinine et l'on porte le salicylate de soude à la dose de 8 grammes.

26. — La malade éprouve de grandes douleurs dans les reins; en même temps elle est prise de fièvre intense avec sueurs abondantes, courbature et céphalalgie. — La langue est blanche, l'anorexie est complète; l'auscultation du cœur ne révèle pas autre chose que ce qui existait au début.

Du côté des poumons, on ne trouve rien.

28. — Même état, on supprime le salicylate de soude.

29. — Même état.

31. — Même état; fièvre vive, taches rosées sur le ventre, douleur dans la fosse iliaque droite; constipation.

3 *août*. — Même état, diarrhée.

5 *août*. — Un peu d'amélioration des douleurs. La diarrhée continue. La fièvre n'a pas cessé; mais elle est moins vive. Il y a toujours une inappetence complète et de l'insomnie avec un peu d'agitation nocturne. On a constaté, les jours précédents, de la douleur avec un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La malade paraît être atteinte de fièvre typhoïde à un léger degré.

Il n'est pas sans intérêt, comme le faisait remarquer M. Vulpian, de noter que cette fièvre typhoïde s'est déclarée chez une malade prenant du salicylate de soude à la dose de 6 grammes, puis de 8 grammes depuis plusieurs jours. Ce fait est bien propre à montrer le peu d'influence de ce médicament sur la dothiénentérie.

Obs. XIV. — *Rhumatisme articulaire chronique. — Manifestations rhumatismales sub-aiguës. — Thyroïdite rhumatismale.*

Le nommé P.., Auguste, 23 ans, typographe.

Entré le 7 juin 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit nº 17.

Renseignements. — Ce jeune homme, âgé de 23 ans, typographe, dit s'être toujours bien porté jusqu'à l'âge de 21 ans.

Comme maladie d'enfance, il ne se souvient que d'une rougeole qui guérit complétement en quelques semaines.

Il nie tout antécédent syphilitique, mais il avoue boire assez notablement d'habitude (2 litres de vin par jour et plus, eau-de-vie de temps en temps); il a bu aussi beaucoup d'absinthe, il y a 2 ans.

Pas d'éruptions cutanées dans sa jeunesse.

Jamais d'accidents saturnins.

Rien à noter du côté de ses parents.

Il y a 18 mois, il fut fréquemment exposé aux refroidissements pendant un voyage dans le Midi (il couchait souvent en plein air sur le sol).

A la suite d'un de ces refroidissements il fut pris de douleurs dans les chevilles, les genoux, puis dans les épaules, les poignets et les doigts; en même temps ses genoux et les articulations des doigts se gonflèrent légèrement.

Ces douleurs et ces gonflements étaient surtout localisés aux genoux et aux articulations phalangiennes des doigts; jamais il ne fut forcé de garder le lit; il put toujours continuer son travail. Puis les douleurs se localisèrent dans les articulations des doigts des deux mains et en particulier dans les articulations des premières avec les deuxièmes phalanges.

Ces douleurs très-intenses (le malade les compare au broiement de l'articulation) étaient surtout vives le matin, à tel point qu'il lui était impossible de se servir de ses doigts. Dans la journée ces douleurs disparaissaient; elles étaient accompagnées du gonflement de l'articulation douloureuse, et peu à peu, le malade vit ces articulations se déformer, devenir noueuses.

Cet état persiste d'une façon continue depuis 18 mois,

mais il y a 6 mois il sembla se faire un temps d'rrêt dans la déformation de ses jointures.

Quant aux douleurs, elles n'ont pas cessé d'exister, surtout le matin, et depuis 6 mois ces douleurs s'accroissent.

Il ressent, de temps à autre, des douleurs rhumatoïdes dans les genoux, surtout dans le gauche, et dans les articulations scapulo-humérales.

De temps en temps il a des torticolis.

Depuis quelques jours il éprouve, par moment, des palpitations de cœur.

Il y a 2 jours, ses douleurs augmentèrent. Il fut pris de sueurs survenant surtout la nuit, et le 7 juin 1877 il se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — C'est un homme grand, assez bien musclé, pâle ; sa peau est couverte d'une légère sueur.

Les articulations des 1res avec les 2e phalanges, aux 2 mains, sont déformées, noueuses, un peu douloureuses.

C'est surtout l'articulation du médius qui est déformée à droite comme à gauche.

Les coudes sont intacts.

Légères douleurs dans les articulations scapulo-humérales.

Les genoux sont un peu douloureux et le siége de craquements peu prononcés quand on les ploie.

Cœur. — Impulsion un peu forte et battements un peu précipités.

Le 1er temps est un peu soufflant à la base.

Le 2e temps à la base est dédoublé.

Double souffle dans les vaisseaux du cou.

Poumons. — Sains, quelques râles de bronchite.

Le malade mange de bon appétit et dort bien.

Urine. — Un peu foncée, ne contient ni albumine ni sucre.

Traitement. — 8 Juin. — Les bruits du cœur deviennent métalliques et l'on entend un léger souffle à la pointe. On

prescrit : sulfate de quinine 1 gr. en 2 paquets. Tisane de chiendent.

9 *juin.* — Le malade est pris d'une fièvre assez intense dans la nuit du 8 au 9 ; douleur de gorge, dyspnée, dysphagie.

Le matin l'on constate une grande augmentation de volume des 2 lobes latéraux du corps thyroïde et un peu du lobe médian. Le corps thyroïde ainsi gonflé est douloureux à la pression. La peau, à ce niveau, n'a pas changé de couleur. La face est rouge ; les yeux sont congestionnés ; céphalalgie ; respiration pénible ; dyspnée assez violente.

Purgation. Sulfate de quinine 1 gramme 50, en trois paquets. Pommade à l'iodure de potassium sur les parties antérieures et latérales du cou.

10. — Plus de fièvre ; un peu de diminution de la tuméfaction et de la douleur du corps thyroïde. Il n'y a presque plus d'oppression.

11. — Le souffle à la pointe du cœur et au 1er temps augmente et devient plus rude. La tuméfaction du corps thyroïde est bien diminuée, mais elle existe encore. On continue l'administration du sulfate de quinine et les onctions avec la pommade d'iodure de potassium. Les articulations ne sont presque plus douloureuses .

20. — Part en permission et ne revient plus.

Obs. XV. — *Rétraction rhumatismale et symétrique des aponévroses palmaires. — Rétrécissement mitral.*

Le nommé L.., Ferdinand, 16 ans, bijoutier.

Entré le 18 juin 1877, salle St.-Jean-de-Dieu, lit n° 24.

Antécédents héréditaires : père rhumatisant.

Personnels : Gourmes très-abondantes, vers intestinaux dans son enfance.

Renseignements. — Ce jeune homme fait remonter le début de son affection à 2 ans. — Depuis ce temps, il

s'aperçoit qu'il ne peut étendre complétement les doigts des deux mains. D'abord légère, cette difficulté d'extension s'est accentuée peu à peu, et depuis 18 mois, elle est restée telle qu'elle est aujourd'hui. Il ne fait pas de grands efforts avec ses mains. Ne se sert pas habituellement d'un marteau, ni d'autres instruments pouvant irriter la paume des mains.

Jamais il n'a éprouvé de douleurs articulaires. Les parents n'ont rien remarqué dans son enfance qui puisse être considéré comme des accidents rhumatismaux. Il a eu des convulsions dans sa première enfance; il n'a pas eu de chorée.

Etat actuel. — Les mains présentent une attitude semi-ouverte. Lorsqu'on dit au malade d'étendre les doigts et de forcer l'extension, tout ce qu'il peut faire c'est de les mettre dans une direction qui fait environ 45° avec le plan de la face dorsale de la main, au lieu de les mettre sur le prolongement de cette face.

Du reste, les phalanges ne sont pas étendues les unes sur les autres, mais elles présentent une flexion telle que leurs faces palmaires forment une courbe régulière se continuant avec celle de la face palmaire du carpe. Cette courbe est encore rendue plus uniforme et unie par la tension de l'aponévrose palmaire qui efface tous les plis de la peau, et que l'on sent très-bien à la palpation. Elle donne la sensation d'une lame tendue, qui bride fortement les éminences thénar et hypothénar, ainsi que la face palmaire des doigts.

Les autres mouvements de la main ne sont point entravés.

Les articulations phalangiennes sont déformées.

Les extrémités osseuses sont gonflées régulièrement, surtout au niveau des 1res articulations, ce qui donne aux doigts un aspect fusiforme. Il n'y a pas de déplacement des surfaces articulaires. Aussi les mouvements se font sans difficulté, et l'on ne perçoit point de craquement.

Ces déformations sont de beaucoup antérieures à l'inex-

tensibilité des doigts, notée plus haut. — Le malade ne peut se rappeler leur début.

Du reste toutes ces lésions sont parfaitement symétriques aux deux mains, et la marche a été la même, de part et d'autre.

Le cœur est un peu hypertrophié. Ses battements sont forts, et l'on entend un bruit de souffle à la pointe ; bruit de souffle avec roulement pré-systolique. — Le pouls est régulier et non intermittent. — Hier, pour la première fois, il a eu quelques palpitations très-passagères.

Poumons : sains.

Urines : normales.

Traitement. — Le malade est resté un mois, à l'hôpital; on a pratiqué l'extension modérée des doigts, plusieurs fois renouvelée dans la journée; le soir, il faisait une friction sur la face palmaire des mains, avec une pommade à l'iodure de potassium, et il prenait à l'intérieur de l'iodure de potassium (0 gr. 50 à 1 gr.). Amélioration notable lors de la sortie.

Obs. XVI. — *Rhumatisme articulaire chronique déformant, de l'adolescence.*

La nommée H.., Henriette, 16 ans, giletière.

Entrée le 1er février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 2.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 16 ans, a été réglée à 13 ans et demi et toujours d'une façon très-régulière.

A cinq ans, elle a eu la rougeole et à sept ans la fièvre cérébrale.

Dans son enfance, gourme, maux d'yeux et d'oreilles qui ont duré pendant plus d'un an, en même temps qu'un gonflement ganglionnaire dans le creux sus-claviculaire du côté gauche.

Elle déclare aussi avoir eu des douleurs au niveau des

malléoles, mais elles ne l'ont pas empêchée de marcher. Rien à noter du côté de la diathèse rhumatismale ; rien non plus du côté de l'hérédité.

Etat actuel. — Elle entre à l'hôpital pour des douleurs, avec déformation, existant au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange, à plusieurs doigts.

Aujourd'hui, sur ces articulations, au médius et à l'annulaire gauche, ainsi qu'à l'annulaire et au petit doigt du côté droit, on observe un gonflement très-apparent sous forme de fuseau. Les articulations du pouce des deux côtés sont aussi prises, mais n'ont pas la même déformation.

En revanche, à tous ses doigts, existe de la douleur sourde, avec élancement, si la malade veut les fléchir ou lorsqu'on cherche à les mouvoir dans ce sens; en déterminant des mouvements de flexion et de latéralité, on a la sensation de frottements très-nets surtout dans les pouces, le médius gauche et l'annulaire droit ; on sent aussi très-bien qu'il y a une tuméfaction assez notable des extrémités articulaires des deux phalanges.

Quand il fait froid, la malade souffre beaucoup et les parties malades deviennent rouges ; aujourd'hui elles sont couvertes par de la teinture d'iode de sorte qu'on ne peut voir l'état de la peau, qui cependant ne paraît pas participer à l'épaississement des parties molles sous-jacentes.

Le début de cette affection a eu lieu en Angleterre en 1875 ; la malade avait alors souvent les mains dans l'eau.

Elle a d'abord éprouvé des douleurs vives dans le pouce gauche, puis un ou deux jours après, sans que les douleurs aient disparu, elle a observé de la rougeur et du gonflement.

Bientôt le médius et l'annulaire du même côté devinrent malades, dans les mêmes circonstances. De retour à Paris, au mois de juillet 1876, elle eut les doigts du côté droit qui

se prirent à leur tour, et toujours la douleur précédait la rougeur et le gonflement.

Elle a subi à Londres un traitement pendant cinq mois par les toniques et l'huile de foie de morue.

L'état général de la malade est excellent; elle mange bien, dort bien, va très-bien à la selle; il n'y a pas d'albumine dans son urine.

Rien du côté des poumons, mais la rate est un peu grosse.

L'auscultation dénote un bruit de souffle doux à la base et dans les vaisseaux du cou; de plus, les battements de cœur sont très-forts et précipités ; du reste la malade, malgré sa vigueur apparente, présente la coloration et la finesse de la peau qui se trouvent souvent chez les jeunes filles anémiques, strumeuses.

Traitement. — On fit des badigeonnages de teinture d'iode et le traitement interne à l'iodure de fer et à l'huile de foie de morue.

Les articulations ne changèrent cependant pas d'aspect; les craquements s'entendaient toujours très-bien et la déformation existait encore quand elle quitta l'hôpital, un mois après son entrée.

OBS. XVII. — *Hydarthrose traumatique du genou gauche. — Pas d'atrophie des muscles.*

La nommé C... Céline, âgée de 26 ans, domestique.

Entrée le 9 décembre 1876, salle Sainte-Madeleine, lit n° 20.

Renseignements. — Bonne santé antérieure.

Pas d'antécédents rhumatismaux chez ses parents.

Le 1er septembre, la malade se donna un coup violent dans la jambe en butant du bout de son pied contre un obstacle, sous une porte cochère; elle sentit aussitôt une douleur dans le genou, qui enfla immédiatement, dit-elle.

La malade fut obligée de rester une heure assise, et rentra ensuite à pied chez elle.

Depuis ce temps-là, elle a continuellement souffert de son genou gauche; cependant elle put marcher et continuer son ouvrage.

En voyant la persistance des accidents douloureux, elle se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Réglée régulièrement. — Facies un peu anémique; femme pâle, maigre ; léger souffle anémique au premier temps à la base du cœur. — Souffle intermittent dans les vaisseaux du cou.

Rien dans les poumons.

Le genou gauche est plus volumineux que le droit. — Le gonflement est régulier, arrondi; épanchement assez abondant dans la séreuse articulaire.

Pas de liquide appréciable dans le genou droit.

Les mouvements spontanés sont possibles dans une certaine étendue et ne deviennent douloureux que quand la jambe arrive presque à la flexion à angle droit.

Les mouvements communiqués sont possibles, un peu au-delà de la flexion à angle droit, mais avec une assez vive douleur.

En appliquant la main sur le genou droit pendant qu'on lui imprime des mouvements, on perçoit une crépitation parcheminée.

Traitement. — Badigeonnages iodés. — Sirop d'iodure de fer et vin de quinquina. Séjour continuel au lit. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration se produit, lente et progressive.

20 *décembre.* — Le mieux continue.

A la mensuration faite avec soin, les deux cuisses, à deux travers de doigt au-dessus de la rotule, sont égales.

Les deux jambes ont une circonférence égale au-dessous de la tubérosité tibiale.

Au niveau du milieu de la rotule, la circonférence du genou gauche est plus forte de 1 centimètre 1/2 que celle du genou droit.

30 *décembre.* — Sort de l'hôpital, améliorée. Le frottement articulaire est beaucoup moins fort et les mouvements de l'articulation ne sont plus aussi douloureux.

Obs. XVIII. — ***Rhumatisme articulaire chronique. — Traitement par le salicylate de soude. Efficacité peu évidente du traitement.***

Le nommé S... Pierre, âgé de 50 ans, serrurier.

Entré le 10 juin 1877, salle St-Jean de Dieu, lit n° 11 bis.

Antécédents. — Il y a 3 ans, ce malade a eu les fièvres intermittentes qui furent traitées à l'hôpital Baujeon.

Pas d'antécédents héréditaires.

Il y a 2 ans, une première attaque de rhumatisme assez légère ; ce furent des douleurs vagues, allant d'une articulation à l'autre.

Maladie actuelle. — Depuis 6 mois, ces douleurs ont reparu. Elles ne sont pas très-intenses et siégent sur les membres supérieurs, aux coudes, aux épaules et aux poignets ; elles n'entravent pas les mouvements.

On n'observe ni rougeur, ni gonflement, au niveau de ces articulations, qui sont à peine déformées.

Les membres inférieurs ne sont pas atteints en ce moment, mais le malade dit que cette fois encore les douleurs errent d'un membre à l'autre.

Depuis 4 ans il éprouve des palpitations qui apparaissent irrégulièrement.

Pendant la marche, sa vue se trouble; souvent il a de la céphalalgie.

De temps en temps il a de l'œdème des jambes, qui disparaît par le repos; mais il a eu, aux membres inférieurs, des varices considérables au niveau desquelles on observe

un eczéma variqueux, très-étendu, et un commencement d'ulcération.

C'est un homme vigoureusement constitué. Pas de fièvre, ni de sueurs.

L'appétit est bon ; le sommeil normal.

Le *pouls* est petit, irrégulier.

En auscultant le *cœur*, on entend à la pointe un bruit de souffle au premier temps ; ce souffle est rude et se propage du côté de l'aisselle vers l'épaule gauche ; il est prolongé et présente le même timbre dans toute son étendue.

Rien dans les *poumons*.

Foie. — Normal.

Urines. — Normales, ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Traitement. — 1 gramme d'iodure de potassium à l'intérieur et frictions avec le baume opodeldoch. Il y a un peu d'amélioration au bout de quelques jours ; mais cette amélioration ne tient pas. De nouvelles exacerbations se produisent, bien qu'on ait porté la dose d'iodure à 2 grammes, puis à 3 grammes.

14 *Juillet*. — On supprime l'iodure de potassium. Salicylate de soude, 6 grammes.

16 *Juillet*. — Il n'y a pas d'amélioration des douleurs.

18 *Juillet*. — Même état, 8 grammes de salicylate.

22 *Juillet*. — Les douleurs qui paraissent être plus obtuses depuis quelques jours, se calment encore les jours suivants, sans disparaître cependant.

L'amélioration n'est pas persistante ; après quelques jours, les douleurs reviennent avec une certaine intensité dans les diverses articulations des membres supérieurs.

On porte la dose de salicylate à 10 grammes. Il se produit, sous l'influence de cette élévation de la quantité du médicament, une modification favorable des douleurs dues

à l'arthritisme chronique. Elles deviennent plus lourdes au dire du malade ; mais, malgré la continuation du médicament à la même dose, ces douleurs offrent encore, au bout de quelques jours, une exacerbation notable. En somme, il est difficile de savoir si les variations du rhumatisme ont été le résultat de la médication ou l'expression de la marche naturelle de la maladie.

Toutefois, le salicylate paraît avoir eu une certaine part dans les apaisements des douleurs ; car ils ont coïncidé assez nettement avec les augmentations de doses.

Obs. XIX. — *Rhumatisme articulaire chronique. — Traitement par le salicylate de soude. — Amélioration.*

Le nommé L... Charles, âgé de 52 ans, tailleur.

Entré le 29 juin 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 9.

Antécédents. — Santé habituellement bonne. — Pas de blennorrhagie.

Il y a 4 ans, ce malade habitait au rez-de-chaussée, sur le bord d'un canal, une chambre assez humide. — C'est là, dit-il, qu'il a commencé à ressentir les premiers effets de la maladie dont il est atteint.

Renseignements. — Depuis 4 ans, en effet, il éprouve des douleurs qui ont commencé par l'épaule droite, puis ont gagné le coude, le poignet, les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes du même côté.

Plus tard, le membre supérieur gauche fut pris aussi dans son entier. Puis les deux genoux. Puis les deux articulations tibio-tarsiennes qui ont été très-gonflées.

Ces douleurs ont toujours subsisté, mais elles ont présenté des périodes variées d'exacerbation et de rémission. .

Depuis un an, le cou est pris aussi et le malade est parfois dans l'impossibilité de tourner la tête.

Pendant les accès aigus, il éprouve des sueurs abondantes.

État actuel. — Le malade est absolument impotent; il est pâle et très-maigre; cependant sa santé générale est bonne; l'appétit est conservé; presque toutes les articulations font percevoir, pendant leurs mouvements, des craquements plus ou moins accentués.

Les poignets sont actuellement très-douloureux. On n'y observe pas de rougeur ni de gonflement.

Les autres articulations sont moins sensibles.

Les articulations métacarpo-phalangiennes sont déformées ainsi que celles des premières phalanges avec les deuxièmes.

Les têtes des os sont fortement augmentées de volume.

Cependant il n'y a pas de déplacement des surfaces articulaires ni de déviation dans la direction des os. Ces phénomènes sont surtout marqués au deuxième et troisième doigt de chaque main. Il y a symétrie parfaite.

Cœur. — Dédoublement du deuxième bruit. Pouls régulier. Pas de fièvre.

Urine. — Normale.

Traitement. — On prescrit cinq granules d'acide arsénieux de 0,001 milligr. chaque, et des bains sulfureux tous les deux jours. Cette médication est continuée jusqu'au 14 juillet; il n'y a aucun changement dans l'état du malade. Ce jour, on donne 6 grammes de salicylate de soude dans une potion gommeuse.

22 *Juillet.* — Le malade, depuis 8 jours, prend du salicylate de soude.

Depuis 3 jours les douleurs ont diminué.

23 *Juillet.* — Amélioration notable.

Obs. XX. — *Rhumatisme blennorrhagique. — Arthrite chronique du genou droit. — Cautérisations ponctuées avec le thermo-cautère-Paquelin. — Guérison.*

La nommée A... Joséphine, âgée de 22 ans, domestique. Entrée le 5 avril 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 5.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 22 ans, est réglée très-régulièrement depuis l'âge de 11 ans.

Dans son enfance, elle eut des engorgements, des ganglions sous-maxillaires, mais ces ganglions ne suppurèrent pas.

Sa mère serait morte phymique. Ses frères et sœurs se portent bien. A 8 ans, elle a eu la rougeole; à 13 ans, la fièvre typhoïde : ces deux maladies ont d'ailleurs parfaitement guéri.

La malade est très-nerveuse et accuse fréquemment la sensation de la boule hystérique.

Il y a trois semaines, un individu, dit-elle, aurait abusé d'elle par violence. Une huitaine de jours après cet attentat, elle vit son flux leucorrhéique (elle était leucorrhéique depuis assez longtemps) devenir plus jaune, puis verdâtre, tacher le linge; en même temps elle éprouvait en urinant une sensation d'ardeur insolite.

Bientôt elle fut prise dans l'épaule droite de douleurs sourdes, parfois lancinantes, et le genou droit ne tarda pas à se prendre.

En même temps apparurent des frissons peu intenses; elle eut un peu de fièvre qui devint très-vive.

Les douleurs de genou augmentant, elle entre à l'hôpital le 5 avril 1877.

État actuel. — C'est une femme robuste d'apparence, bien constituée, au teint un peu pâle, anémiée; les muqueuses et toute la surface cutanée sont décolorées et moites.

Le genou droit est le siége de douleurs vives. La malade ne peut mouvoir ses bras, ployer sa jambe droite, qu'au prix des plus vives douleurs.

La moindre pression, le moindre attouchement exaspèrent ces douleurs.

Ce genou présente une teinte légèrement rosée; il est le siége d'un gonflement notable ; peu de liquide dans la synoviale articulaire.

Céphalalgie violente, vertiges, bourdonnements d'oreilles, léger œdème des jambes.

Cœur. — Palpitations assez fortes, souffle au premier temps et à la base du cœur, se propageant dans les vaisseaux du cou.

Insomnie, langue couverte d'un enduit blanchâtre, soif vive, constipation.

Les *poumons*, le *foie*, la *rate*, sont sains.

L'urine peu abondante, rouge, acide, est troublée par du mucus en assez grande quantité. Ni albumine, ni sucre.

Écoulement vaginal assez abondant, tachant le linge en vert jaune, douleurs cuisantes pendant la miction.

L'examen au speculum montre quelques vestiges de la membrane hymen et la présence, dans le vagin, dont la muqueuse est rouge et enflammée, d'une grande quantité de muco-pus. Uréthrite aiguë.

Traitement. — 7 *Avril.* — Application de laudanum sur l'articulation douloureuse. — Sulfate de quinine : 1 gr.; chiendent nitré. — Injections vaginales alunées.

15 *Avril.* — Badigeonnage à la teinture d'iode; vésicatoire sur le genou droit au-dessus de la rotule.

20 *Avril.* — Immobilisation du genou, en plaçant le membre dans une gouttière ouatée.

23 *Avril.* — La douleur et le gonflement du genou persistent.

Plus de fièvre, ni de céphalalgie. Peu d'appétit.

Constipation opiniâtre.

1er *Mai.* — État saburral assez prononcé.

Inappétence et constipation.

6 *Mai.* — La douleur du genou diminue un peu, mais le membre doit toujours être maintenu immobilisé.

15 *Mai.* — Le tissu cellulaire péri-articulaire est très-empâté, épaissi, dur.

Le gonflement du genou est notable, mais il n'y a presque plus de rougeur, et l'on ne constate que la présence d'une légère quantité de liquide dans la synoviale.

L'articulation est très-douloureuse, et le moindre mouvement, la moindre pression arrachent des cris à la malade.

La douleur siége surtout au niveau du ligament latéral interne.

26 *Mai.* — Application de pointes de feu sur le pourtour de la rotule, après avoir insensibilisé le genou au moyen d'un mélange réfrigérant.

29 *Mai.* — Le gonflement du genou a un peu diminué et le genou est un peu moins douloureux.

La pression ne produit plus ces douleurs si vives du début.

2 *Juin.* — Le gonflement du genou a beaucoup diminué, mais l'empâtement persiste. — Presque plus de douleurs spontanées ou provoquées par la pression.

La flexion de la jambe sur la cuisse est impossible, et le moindre mouvement, dans ce but, occasionne, à la malade, de vives douleurs.

12 *Juin.* — Application de pointes de feu sur le genou.

24 *Juin.* — La douleur a considérablement diminué. Une pression assez forte est supportée, sauf au niveau du condyle externe.

L'empâtement diminue beaucoup.

29 *Juin.* — Application de pointes de feu.

4 *Juillet.* — La malade commence à fléchir légèrement la jambe d'elle-même presque sans douleurs.

20 *Juillet.* — Elle commence à pouvoir se lever et à marcher avec de grandes précautions.

10 *Août.* — Depuis le commencement du mois de juillet on a cautérisé trois fois le genou. — La santé générale est

bonne; la malade peut marcher seule sans aide. — Plus de gonflement du genou; plus de douleurs; quelques craquements persistent.

Obs. XXI. — *Rhumatisme blennorrhagique. — Chaude-pisses successives. — Attaques consécutives de rhumatisme. — Rhumatisme chronique déformant.*

Le nommé B... de Tonin, âgé de 26 ans, employé. Entré le 1er Mars 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 20.

Renseignements. — Ce malade, employé de Préfecture, est âgé de 26 ans environ. Aucun antécédent morbide, relatif à ses père et mère, à ses frères et sœurs.

Bien portant dans son jeune âge, il contracta à 16 ans une *blennorrhagie* violente qui dura plusieurs semaines, mais qui fut guérie complétement.

A 17 ans 1/2, il s'engage dans les spahis et tient garnison en Afrique jusqu'à 22 ans 1/2. Au début de son séjour il fut atteint de fièvres intermittentes qui durèrent un an.

Pendant son métier de soldat il contracta à 18 ans 1/2 une *deuxième blennorrhagie* et, peu de temps après, il fut pris de douleurs vives dans les gros orteils, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; ces douleurs suivaient le trajet des extenseurs.

Les parties atteintes étaient légèrement gonflées. En même temps, il eut des douleurs le long du trajet du sciatique droit.

Elles débutèrent au pli de la fesse et suivirent tout le trajet du sciatique, jusqu'au mollet.

Il quitta l'hôpital au bout de 4 mois, complétement guéri de sa sciatique, mais ressentant de temps à autre, dans les pieds, des douleurs qui siégeaient dans les points primitivement atteints.

A 20 ans, il contracta une *troisième blennorrhagie* d'ail-

leurs légère : huit jours après, elle fut suivie d'une orchite, qui dura plusieurs semaines.

Guéri de cette orchite, il ressentait encore, par intervalles, des douleurs dans la cuisse droite.

A 24 ans 1/2, il fut atteint à l'œil droit d'une ophthalmie rhumatismale (diagnostic du Dr Worms). Il souffrait de vives douleurs dans l'œil droit. L'œil était injecté, et pendant 3 semaines il perdit complétement la vue de ce côté.

Guéri ou plutôt en voie de guérison au bout de ce temps, il fut pris, à la suite de l'usage de chaussures mal faites, de douleurs violentes au niveau du tendon d'Achille et sous le talon gauche.

Ces douleurs allèrent croissant et la partie atteinte était le siége d'un gonflement assez prononcé.

Au bout de 15 jours, il put recommencer ses travaux habituels, mais il ressentait néanmoins des douleurs au niveau du talon, de temps à autre, surtout quand il posait le pied à terre.

Il y a environ 6 mois il contracta une 4e *blennorrhagie* assez légère.

8 jours après, il vit les parties atteintes dans sa première attaque, se reprendre de nouveau.

Les orteils devinrent très-douloureux, surtout au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Les douleurs s'étendaient le long du trajet de l'extenseur du gros orteil.

Les talons devinrent le siége de vives douleurs.

Toutes ces parties étaient gonflées et légèrement rosées.

Les genoux devinrent douloureux.

Il éprouva, de plus, des douleurs le long du sciatique droit jusqu'au milieu de la cuisse.

Le docteur Barré, qui le traita, prescrivit de l'acide salicylique et de la poudre de Dower.

Depuis cette époque ces douleurs persistèrent.

Ces douleurs persistant, quoique légèrement amendées, il entre à l'hôpital le 1er mars 1877.

Ajoutons au résumé de l'histoire antérieure de ce malade qu'il n'a jamais eu de chancre et qu'il a bu beaucoup d'absinthe en Afrique.

État actuel. — C'est un homme grand, amaigri, un peu pâle.

Sa peau est couverte de moiteur, en particulier au niveau des pieds, qui sont baignés de sueur.

Les gros orteils sont le siége d'un gonflement rosé, douloureux, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Douleur le long du trajet des extenseurs du gros orteil.

Les talons sont douloureux, à l'attache des tendons d'Achille, et à leur face plantaire; le talon gauche est un peu plus douloureux que le droit.

Douleurs vives au niveau du pli de l'aine droite, surtout quand on presse au niveau de la tête du fémur.

Douleurs légères le long du trajet du sciatique droit.

Torticolis double affectant spécialement les sterno-mastoïdiens et occasionnant au malade de vives douleurs qui ne lui permettent aucun mouvement.

Il peut à peine bouger la tête latéralement et tout mouvement d'extension et de flexion est impossible.

Cœur, poumon, foie, rate, sains.

Appétit, bon.

Le malade ne peut marcher qu'au prix des plus vives souffrances; à peine peut-il remuer les bras; la tête elle-même est immobilisée par la douleur. Presque toutes les articulations sont déformées; aussi bien celles des bras que celles des jambes; c'est un rhumatisant chronique, perclus de tous ses membres.

Il importe de remarquer comment ce malade, quoique très-jeune, a été conduit, par suite de blennorrhagies suc-

cessives, accompagnées chaque fois de manifestations douloureuses vers les articulations, au rhumatisme chronique déformant.

Urines. — Ni albumine, ni sucre.

Traitement. — Sirop d'iodure de fer, vin de quinquina, sulfate de quinine, 1 gr.; puis 1 gr. 50. Frictions avec du baume tranquille.

5 *Mars.* — Le torticolis diminue. Douleurs dans la branche gauche du maxillaire inférieur, et gonflement de cette partie. Abcès gingival au niveau de la dernière molaire.

10 *Mars.* — Le gros orteil gauche redevient douloureux.

12 *Mars.* — Le malade se sent mieux.

19 *Mars.* — Le malade va mieux. L'écoulement blennorrhagique le reprend.

22 *Mars.* — Le malade quitte l'hôpital; l'état général est amendé, mais les douleurs sont presque aussi intenses; la marche est pour ainsi dire impossible.

Peu de temps après l'entrée de ce malade à l'hôpital, nous avions à soigner un autre homme affecté aussi de rhumatisme blennorrhagique et dont l'observation sera publiée ailleurs. Chez ce malade, c'étaient surtout les articulations métacarpo-phalangiennes qui étaient prises et très-fortement atteintes, ainsi que les articulations tibio-tarsiennes et les bourses séreuses calcanéennes. Le traitement par le salicylate de soude, continué pendant plus d'un mois (6 grammes par jour), n'a produit aucune modification.

Obs. XXI. — *Rhumatisme musculaire des parois de l'abdomen. — Phénomènes généraux graves.*

Le nommé S... Victor, âgé de 21 ans, garçon épicier.

Entré le 8 février 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit nº 12.

Antécédents héréditaires. — Père mort hydropique. Mère rhumatisante.

Antécédents personnels. — Alcoolisme très-prononcé. Ce malade a eu déjà 5 ou 6 attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Renseignements. — Ce malade raconte que hier (7 février), en se levant, il eut un frisson intense avec claquement des dents, qui dura environ 3 heures, et fut suivi de sueurs abondantes.

Pendant la journée, il éprouva tout à coup de violentes coliques et en même temps des vomissements.

Il va prendre un vulnéraire qu'il rend aussitôt.

Plus tard il veut encore ingérer quelque chose qui n'est pas davantage toléré. En même temps, il est pris d'un grand mal de tête, de fatigue.

Une diarrhée fréquente, mais peu abondante, se déclara.

Le malade est allé environ 20 fois à la selle, mais peu à chaque fois.

8 *Février.* — *État actuel.* — En approchant du lit, on remarque que le malade se tient couché sur le côté droit, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci fléchies sur l'abdomen.

Cette position, dit-il, allége beaucoup ses souffrances.

C'est sur ces douleurs abdominales qu'il attire surtout l'attention.

Le ventre est un peu tendu. La pression exaspère singulièrement la douleur, mais plus à *gauche* qu'à droite.

Cependant si l'on saisit à pleines mains les muscles de la paroi abdominale, on remarque que la souffrance est beaucoup plus exagérée encore que par la simple pression.

Ce phénomène se produit surtout au niveau du muscle grand droit abdominal.

Les efforts, la toux et les mouvements augmentent ces douleurs. Elles ne ressemblent pas complétement aux douleurs de la péritonite.

Le malade accuse aussi une légère douleur au niveau des fausses côtes droites.

Il a une petite toux sèche et brève non accompagnée d'expectoration.

A l'auscultation on ne perçoit que quelques râles sibilants.

Rien à la percussion. Pas de douleurs articulaires. Cœur normal.

Le malade a eu encore dans la journée plusieurs garde-robes liquides.

État général. — Température 40° 8′. Langue blanche. Plus d'appétit. Pouls très-petit, 130 pulsations.

L'urine est très-rouge, présente un peu de bleu et pas d'albumine.

9 *Février.* — Épistaxis peu abondante. Température axillaire : 39°.

Quelques garde-robes seulement cette nuit. Les douleurs des parois abdominales sont vives encore, et le facies du malade exprime la douleur. On se demande s'il y a eu une intoxication ; les recherches dans ce sens ne donnent aucun résultat. Il ne paraît pas non plus y avoir une véritable indigestion.

Traitement. — Tisane de tilleul. Lavement laudanisé avec 12 gouttes de laudanum de Sydenham. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

10 *Février.* — Amélioration très-grande. Cependant il y a encore des douleurs abdominales : la diarrhée tend à disparaître. Il n'y a eu qu'une garde-robe liquide cette nuit. — Même traitement.

11 *Février.* — L'amélioration s'accentue. Il n'y a plus de diarrhée. Les douleurs des parois abdominales sont beaucoup moins vives.

13 *Février.* — Épistaxis. L'amélioration fait chaque jour des progrès.

Sort le 1er mars à peu près guéri.

Obs. XXIII. — *Sciatique rhumatismale. — Pas d'atrophie du membre. — Erreur possible à cet égard parce que la jambe du côté opposé était variqueuse et un peu œdémateuse. — Albuminurie passagère.*

Le nommé M... Louis, âgé de 64 ans, ébéniste. Entré le 3 juillet 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit nº 10.

Antécédents. — Il y a 30 ans, ce malade eut à faire un service forestier pendant lequel il fut exposé fréquemment aux intempéries de l'air; il lui arrivait souvent de coucher en plein air.

Il y a 24 ans déjà, il a eu les deux articulations des coudes atteintes par le rhumatisme.

A l'âge de 20 ans, il prit une pleurésie; il y a deux ans il eut le genou droit très-gonflé et extrêmement douloureux, pendant un mois.

Depuis longtemps ce malade éprouvait des maux de reins, qui revenaient deux ou trois fois par an et qui ressemblaient à ceux dont il se plaint aujourd'hui; mais les douleurs se passaient au bout de quelques jours.

Actuellement il souffre depuis dix-huit jours; s'étant baissé, il éprouva, tout à coup, au niveau des lombes une douleur vive en voulant se relever; elle était telle que la respiration lui manquait : à partir de ce jour, cette douleur est restée continue, mais elle varie suivant quelques circonstances.

C'est ainsi qu'après avoir marché quelque temps le malade se trouve soulagé.

Au contraire, lorsqu'il est resté assis pendant un certain temps, il éprouve une grande difficulté à se lever, à cause de l'intensité de cette douleur.

État actuel. — Le siége de la douleur paraît limité à quatre points (à gauche).

1° Au niveau des premières vertèbres lombaires.

2° Sur l'échancrure sciatique.

3° Sur la jambe, au niveau de la région antéro-externe supérieure.

4° Sur le cou-de-pied.

En tous ces points, la pression exagère considérablement les douleurs.

Lorsqu'on fait asseoir le malade, il pousse des cris et ne parvient qu'à grand'peine à se mettre sur son séant.

L'apparition des douleurs, dans le membre inférieur, ne date que de deux jours; jusqu'alors, ces douleurs étaient limitées aux lombes.

Cependant on constate, sur la jambe gauche, une atrophie notable du mollet; la circonférence de ce mollet est inférieure à l'autre de 2 centimètres; cette différence s'apprécie parfaitement à l'œil.

Le malade dit que, depuis 2 ans, il s'aperçoit que cette jambe est plus faible que l'autre, mais quoique variqueuse, elle l'est beaucoup moins que la jambe droite, qui est aussi un peu œdémateuse; c'est là ce qui explique la différence de volume entre les deux jambes.

Les urines présentent une notable quantité d'albumine; cependant le malade n'a pas d'œdème très-marqué, ni de troubles visuels. A l'auscultation des poumons, quelques râles sibilants. Le cœur est sain. Le foie et la rate : id. — L'état général est bon.

Traitement. — 5 *Juillet.* — On precrit : iodure de potassium, 0, 50 centigr.; frictions avec le baume Fioraventi. — Il y a toujours de l'albumine.

8 *juillet.* — Même traitement. — L'albumine persiste.

10 *juillet.* — Id.

13 *juillet.* — L'albuminurie diminue.

14 *juillet.* — Même état douloureux. Deux injections hypodermiques chaque jour, de chlorhydrate de morphine, sur le trajet du nerf sciatique, surtout au voisinage de la région de l'échancrure sciatique.

Les douleurs diminuent peu à peu chaque jour. L'albuminurie a cessé; elle a duré neuf jours. Sorti le 20 juillet, convalescent.

Obs. XXIV. — *Sciatique rhumatismale. — Absence d'anesthésie. — Inefficacité du bromure de potassium, à hautes doses.*

Le nommé M..., 35 ans. Entré le 28 décembre 1876, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit nº 29.

Renseignements. — Constitution forte. A 26 ans, pendant son service militaire, il fut atteint d'une rougeole légère.

Exposé fréquemment au froid humide; quelques manifestations rhumatismales vagues, pendant sa jeunesse, dans les membres inférieurs. Puis dans le bras droit en 1876.

Il était de plus pris de palpitations de temps en temps; il prétend avoir constaté des irrégularités dans ses battements cardiaques.

Rien de particulier comme antécédents de famille.

Il y a 2 mois, il ressentit, après un travail fatigant, des douleurs vives dans la région lombaire gauche, douleurs qui, au bout de 2 jours, s'étendirent le long de la fesse, puis suivirent tout le trajet du sciatique jusqu'au creux poplité.

Les douleurs qui existent aussi au niveau de la partie postérieure de la malléole interne ne commencèrent que plus tard.

Le 28 décembre 1876, il entre à l'hôpital.

État actuel. — Le membre inférieur gauche n'est pas diminué de volume. Douleurs le long du trajet du sciatique jusqu'au creux poplité : douleurs continues avec redoublement. Le malade marche difficilement; les premiers pas provoquent une douleur très-vive; au bout de 4 à 5 minutes de marche, les douleurs diminuent.

Points malléolaires, externe et interne.

Pas de points d'anesthésie; pas d'atrophie du membre.

Douleurs persistantes, calmées par les injections de morphine, mais pendant 2 heures seulement. Le malade est fort, vigoureux. L'état général, bon. Cœur, normal. Poumons, id. Rien dans les urines.

Traitement. — On ordonne 2 injections de morphine, de 0,02 centigr. par jour.

Les douleurs se calment après l'injection.

Puis on cesse les injections et on donne du bromure de potassium, pendant 6 jours (6 g., 8, 10 gr.).

Les douleurs, loin d'être diminuées, augmentent, et le malade ne peut plus marcher.

Le 16 janvier 1877, on recommence les injections de morphine.

La douleur cesse pendant une heure et demie.

20 *janvier*. — Dysurie après les injections de morphine.

21. — Capsules de térébenthine (3), tout en continuant les injections de chlorhydrate de morphine, mais à plus faible dose.

Les jours suivants, le malade ressent un grand soulagement. Il sort, en assez bon état, à la fin du mois.

CHAPITRE II

MALADIES CUTANÉES. — SCROFULE.

Je rapproche, dans ce chapitre, un certain nombre d'observations d'affections cutanées ; les unes sont des cas d'eczéma ; d'autres ont trait à l'ecthyma, au zona, à l'érysipèle de la face, et enfin à la scrofule. Ce rapprochement est évidemment artificiel : l'eczéma, l'ecthyma ne sont en général que des manifestations cutanées de diathèses telles que l'arthritisme, l'herpétisme, la scrofule, etc., tandis que le zona et l'érysipèle de la face reconnaissent d'ordinaire des causes de tout autre nature. Le désir de ne pas multiplier outre mesure les têtes de chapitres, m'a seul poussé à grouper ensemble des faits très-disparates au fond, bien que la détermination morbide ait dans tous les cas la peau pour siége.

On connaît aujourd'hui la signification d'un grand nombre d'affections cutanées : elles appartiennent, pour la plupart, aux affections chroniques, aux états constitutionnels, en un mot aux diathèses. Toutes ces affections, dont la lente évolution embrasse quelquefois la vie entière, avaient été disjointes, sous l'influence des efforts de l'école dite anatomique; on avait, à cet égard, comme à propos de tant

d'autres choses, oublié la tradition ; il a fallu l'influence incontestée de la grande École de l'hôpital Saint-Louis pour ramener à la vraie doctrine les esprits ébranlés et pour reconstituer la pathologie générale de ces affections : ce n'est pas un des moindres titres de MM. Bazin et Hardy que d'avoir ainsi montré toute la valeur des enseignements du passé, d'avoir mieux étudié que leurs prédécesseurs, le mode d'évolution des affections cutanées, au point de vue général et au point de vue particulier.

Tout près de nous, encore aujourd'hui même, il est des pathologistes qui ont contesté ces grandes vues, ces idées générales, si bien déduites, si clairement exposées par l'École de St-Louis, mais c'est le petit nombre. Il faut bien le reconnaître , la médecine expérimentale, la physiologie, l'anatomie pathologique ne peuvent pas donner la raison des divers enchaînements morbides admis par cette école. Mais est-ce là un motif pour se refuser à admettre des données si clairement démontrées par la clinique ? Combien de fois M. Vulpian n'a-t-il pas appelé l'attention des élèves et des médecins qui assistent à ses visites, sur les relations si étroites qui lient certaines affections viscérales à telle ou telle affection de la peau, principalement à l'eczéma ? Quoi de plus saisissant que de voir le balancement pathologique qui a lieu souvent entre les éruptions cutanées et les troubles fonctionnels de l'appareil respiratoire, du tube gastro-intestinal, des glandes annexes, des organes génito-urinaires, du système nerveux, des organes des sens ? A propos de faits de ce genre que nous avions sous les yeux, M. Vulpian nous citait un cas qui l'avait particulièrement frappé. Il s'agissait d'une femme d'une cinquantaine d'années, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière pour s'y faire soigner d'accidents pulmonaires et intestinaux graves. Cette malade toussait depuis plusieurs mois et s'était notablement amaigrie ; l'amaigrissement était devenu surtout

rapide depuis quelques semaines, c'est-à-dire à partir du moment où une diarrhée quotidienne, accompagnée de coliques, vint compliquer l'affection thoracique. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne révélaient aucun signe certain de tuberculisation : la sonorité était à peu près normale, plutôt exagérée dans certains points; on entendait çà et là des râles vibrants et sous-crépitants fins. Il y avait une expectoration muqueuse, purulente. Malgré l'absence de signes bien nets de phthisie pulmonaire, c'est à ce diagnostic que s'était arrêté M. Vulpian, à cause de la coïncidence de la diarrhée, et en se fondant aussi sur l'amaigrissement, la perte des forces, que l'on constatait chez cette malade. Le traitement fut institué d'après ce diagnostic. Au bout d'une quinzaine de jours, la malade se plaignit d'éprouver de la démangeaison et des cuissons assez vives autour de l'anus. On reconnut là le début d'un eczéma aigu que d'abord on crut pouvoir attribuer à la répétition fréquente des défécations et à l'irritation résultant de l'insuffisance des soins de propreté. Mais les jours suivants, cet eczéma gagna les parties voisines de celles qui avaient été tout d'abord affectées, puis se propagea aux cuisses, au dos et aux parties inférieures de l'abdomen. En même temps, une amélioration, singulièrement rapide, se produisait dans l'état des organes respiratoires et du canal intestinal; la diarrhée cessait; la toux diminuait et disparaissait au bout de quelques jours; la nutrition se rétablissait et la malade recouvrait des forces. Cette amélioration en vint à ce point que les affections pulmonaires et intestinales purent être considérées comme guéries. La malade, interrogée de nouveau avec insistance, se rappela alors qu'elle avait déjà eu une éruption analogue à celle qu'elle présentait et que même la toux avait commencé à se manifester lorsque cette éruption avait disparu. Comment ne pas admettre, dans un pareil cas, une affection eczémateuse de la membrane mu-

queuse des bronches et de celle de l'intestin? Un traitement arsenical longtemps continué fit disparaître l'eczéma cutané, sans qu'il y eût reproduction des accidents bronchitiques et entéritiques.

Les relations entre les affections viscérales et les affections cutanées ne sont pas toujours aussi évidentes; mais elles peuvent encore être dévoilées par une étude clinique un peu pénétrante.

C'est M. Bazin qui a le plus approfondi la pathologie générale des affections cutanées. Ce sont ses efforts persévérants qui ont amené la plupart des médecins à reconnaître, avec lui, l'existence des herpétides cutanées, des arthritides cutanées, des scrofulides cutanées, formant des groupes du même ordre que les syphilides, et étant, comme elles, des manifestations diathésiques. C'est M. Bazin qui a le mieux mis en lumière ces relations, dont nous parlions tout à l'heure, entre les affections cutanées diathésiques, les perturbations fonctionnelles et les lésions viscérales dépendant des mêmes diathèses. Entre toutes ces relations, celles dont l'étude fait le plus d'honneur à la sagacité de ce savant médecin, sont assurément celles que nous présente la clinique de l'herpétisme.

La diathèse eczémateuse est héréditaire. Le plus souvent l'eczémateux naît de parents eczémateux; dans d'autres cas, la diathèse dont il s'agit peut être la fille d'autres diathèses. Les parents peuvent avoir été goutteux, diabétiques, rhumatisants, strumeux. Quelquefois il est impossible de démêler chez les ascendants la possession diathésique à laquelle on doit rapporter la diathèse eczémateuse des descendants. Peut-être les parents directs n'ont-ils rien eu, en effet, qui puisse être attribué à l'herpétisme, à l'arthritisme, etc. Peut-être aussi — et c'est probablement ce qui a lieu le plus souvent — les manifestations de ces diathèses ont-elles été obscures, mal dessinées, très-légères;

de telle sorte qu'elles ont échappé à l'attention des intéressés ou que leur mémoire n'en a conservé aucun souvenir.

La diathèse eczémateuse peut-elle être acquise? Il est difficile de le nier ; mais il est permis de conserver quelques doutes et de penser au moins que c'est pendant l'évolution fœtale elle-même, que s'est développée la prédisposition.

Quelle que soit l'idée qu'on se forme sur ces délicates questions, il est un fait incontestable : c'est que les manifestations de la diathèse eczémateuse, — je parle principalement des manifestations cutanées, — peuvent se révéler dans des périodes très-variées de la vie. Dans l'immense majorité des cas, c'est dans le jeune âge que les premiers indices se montrent. Puis, pendant toute la durée de la vie, l'eczémateux est exposé à voir reparaître de nouvelles poussées d'éruptions cutanées. Dans d'autres cas, relativement très-rares, les premières éruptions ne se produisent qu'après la première enfance, parfois dans l'adolescence, exceptionnellement dans l'âge mûr, peut-être moins rarement dans la vieillesse. On sait que, pour les maladies, la période sénile offre des traits remarquables de ressemblance avec la période infantile. C'est là un fait bien connu et que M. Vulpian nous a rappelé plusieurs fois, surtout à propos des affections de l'appareil respiratoire et de celles de l'appareil nerveux, comme aussi à propos des diathèses, en particulier de la diathèse scrofuleuse et de la diathèse eczémateuse.

Les poussées d'eczéma qui se manifestent dans l'adolescence et dans l'âge adulte se produisent tantôt sans être précédées d'aucune maladie, d'aucun trouble fonctionnel, d'aucune crise physiologique, tantôt sous l'influence de conditions de ce genre. C'est là encore un point sur lequel M. Vulpian a souvent insisté. Une maladie aiguë, inflammatoire ou autre ; une indigestion, une colique hépatique, etc., peuvent être suivies du développement d'érup-

tions eczémateuses. La grossesse, l'accouchement, sont souvent le point de départ, la cause occasionnelle de l'apparition d'un eczéma plus ou moins étendu, ou d'éruptions apparentées à l'eczéma. Que de *laits répandus* ne sont que des manifestations d'une diathèse eczémateuse secouée de sa torpeur par les modifications de l'organisme qui accompagnent ces actes physiologiques!

Ne voit-on pas aussi des éruptions d'eczéma, chez certaines femmes, au moment de toutes ou presque toutes les périodes menstruelles?

M. le professeur Verneuil a insisté récemment, dans des publications du plus haut intérêt, sur les relations réciproques du traumatisme et des affections diathésiques.

L'eczémateux, celui chez lequel la diathèse a atteint toute sa puissance, peut être tourmenté sans relâche, pendant de longues années, pendant toute sa vie même, par des affections diverses qui se succèdent ou se compliquent. Ces affections sont très-variées et, comme je l'ai déjà dit, peuvent donner lieu aux erreurs de diagnostic les plus considérables. Témoin le fait que je citais tout à l'heure et dans lequel une bronchite et une entérite eczémateuses avaient fait croire à l'existence d'une phthisie pulmonaire et intestinale. Mais que de cas ne pourrait-on pas citer d'erreurs tout aussi complètes! de cas, par exemple, de gastrite chronique pris pour des cancers de l'estomac; d'entérites chroniques diagnostiquées cancers de l'intestin; de névralgies diverses considérées comme des affections médullaires, etc. M. Vulpian a vu des cas où des symptômes d'angine de poitrine paraissaient bien n'être que des manifestations de la diathèse eczémateuse. Suivant lui, le cœur et les artères mêmes peuvent être touchés par cette diathèse : d'où des tendances à des troubles directs de la circulation, à des ischémies ou même à des hémorrhagies cérébrales.

Les eczémateux, profondément travaillés par la diathèse, se reconnaissent souvent à première vue lorsqu'on sait observer. Plutôt gras que maigres, plus ou moins anémiques, ils ont généralement les yeux un peu congestionnés par suite de poussées successives d'eczéma des conjonctives; les traits du visage plus ou moins fatigués; parfois un peu de bouffissure des paupières avec un aspect cachectique. Il existe fréquemment des vestiges d'éruptions autour des yeux, au niveau des sourcils; ils peuvent offrir un léger degré de couperose. Ils portent en général le masque de l'hypochondrie. Un examen un peu plus détaillé et une étude attentive de l'anamnèse permettent d'ordinaire d'établir avec certitude le diagnostic.

Les affections viscérales dues à la diathèse eczémateuse, sont au nombre des faits que la clinique nous permet le plus souvent de constater.

Les observations XXV et XXVI, qui ont trait à des eczémas, en sont de remarquables exemples.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme âgée de 48 ans, dont la ménopause a eu lieu à l'âge de 39 ans. Dès l'âge de 9 ans, elle commence à avoir une éruption dont elle ne peut préciser la nature ; à 40 ans, elle a eu une fièvre typhoïde qui a duré longtemps, et qui semble, chez cette malade, avoir été le point de départ de nouvelles poussées d'eczéma siégeant à la tête, au pourtour des yeux, aux deux membres supérieurs ; ces poussées, d'ailleurs, duraient assez longtemps, et toujours elles alternaient avec des troubles dyspeptiques profonds, ceux-ci étant d'autant moins prononcés que l'eczéma était plus intense, plus étendu.

Le jour de son entrée à l'hôpital, cette malade, à face pâle, terreuse, profondément anémiée, essoufflée à propos du moindre exercice, les jambes un peu œdémateuses, porte

autour des paupières, le long des sourcils à peu près complétement disparus, un peu aux mains, les traces d'un eczéma sec, des plus évidents ; mais, ce qui domine dans son état, ce sont des troubles gastriques caractérisés par une douleur assez intense au creux de l'estomac ; cette douleur est cuisante, elle n'existe qu'après le repas, et force la malade à desserrer ses vêtements. La pression, dans la région épigastrique, la provoque, mais elle est alors peu marquée ; il n'existe pas de point dorsal correspondant. — Fréquentes éructations gazeuses ; pyrosis ; quelquefois, le matin, des aigreurs, des vomiturations de matières glaireuses, toujours en petite quantité. La malade affirme que, depuis trois mois, il arrive souvent que ses selles sont noirâtres comme de la suie, et renferment des filaments roulés en pelotons ; elle est presque toujours constipée. Elle a fréquemment des douleurs névralgiques dans la tête qui, parfois, l'empêchent de dormir la nuit. Les jambes sont faibles ; la malade est très-névropathique ; elle-même raconte qu'elle souffre d'autant moins de son état morbide, que son *éruption eczémateuse est plus abondante.*

L'observation XXVI est analogue sous presque tous les rapports ; même état général cachectique ; mêmes troubles dyspeptiques profonds ; même marche des accidents, mêmes alternances entre eux. Une particularité pourtant doit être notée, c'est que, chez ce malade, l'eczéma était accompagné de démangeaisons extrêmement vives, comme dans les cas d'eczémas désignés par M. Bazin sous le nom d'eczémas herpétiques.

Évidemment tous ces troubles viscéraux dépendent d'une seule et même cause générale, d'une disposition particulière de tout l'organisme, qui met la santé de tous les organes, de tous les tissus, ou plutôt de tous les éléments anatomiques dans un état spécial d'équilibre instable, état tel que, sous l'influence des impressions

morbifiques banales, on voit naître avec une déplorable facilité, des affections plus ou moins graves, plus ou moins tenaces. Ces affections sont naturellement diverses suivant les organes atteints; mais elles ne sont, en réalité, que des expressions différentes d'un seul et même mal. Apparentées par nature, elles sont réversibles, commutables. Elles ne disparaissent donc souvent dans un ou plusieurs organes, dans un ou plusieurs systèmes, que pour reparaître dans un autre ou plusieurs autres organes ou systèmes. La guérison n'a vraiment lieu qu'à la condition que la médication modifie tout l'organisme et s'adresse ainsi à la disposition morbide générale.

Cette disposition générale morbide, dans les cas dont il s'agit, est-elle celle que l'on appelle arthritisme, ou celle qu'on a nommée herpétisme ? Faut-il en admettre une autre qui serait, à proprement parler, une diathèse eczémateuse? Quoique penchant vers cette dernière manière de voir, M. Vulpian ne se prononce pas catégoriquement. Il pense toutefois qu'il y a tout au moins une sous-diathèse de ce genre qui peut se traduire par diverses expressions morbides : cutanées, muqueuses, séreuses, articulaires, musculaires, fibreuses, cardio-vasculaires, pulmonaires, nerveuses, etc., c'est-à-dire par des éruptions cutanées, surtout eczémateuses, des énanthèmes muqueux de même sorte (conjonctivite, angine, coryza, laryngite, bronchite, gastrite, entérite, angiocholite, cystite, etc.); des affections rhumatoïdes, des névroses, des troubles circulatoires, des altérations viscérales, etc.

Avant de quitter ces deux observations, je ferai encore une remarque : chez la malade de l'observation XXV, la diathèse eczémateuse paraît avoir été mise en évolution par la fièvre typhoïde; ce fait est en rapport avec ce que je disais tout à l'heure de l'influence des maladies aiguës comme causes provocatrices des éruptions diathésiques.

L'observation XXVII est presque l'analogue, en tous points, des précédentes; de plus chez la malade qui en fait l'objet, il y a eu une leucorrhée eczémateuse des plus évidentes; les viscères, modifiés par la diathèse, ont été en dehors de l'utérus et du vagin, plus spécialement, les reins, les poumons.

L'observation XXVIII est aussi un exemple des altérations viscérales eczémateuses; seulement, de plus, le malade était alcoolique. Ce malade a éprouvé des douleurs articulaires bien accusées, dix mois avant d'être soumis à notre observation. Ces douleurs doivent-elles nous le faire considérer comme un arthritique? N'ont-elles pas été plutôt, comme l'a pensé M. Vulpian, des manifestations arthritiques de la diathèse eczémateuse?

L'observation XXIX suggère les mêmes réflexions. Dans ce cas particulier la malade a eu une pleurésie aiguë; peut-être faut-il la rattacher à la diathèse eczémateuse; il n'est pas rare, dans le cours de l'eczéma, mais surtout du psoriasis, d'observer de semblables complications.

L'observation XXX est un cas d'eczéma étendu, traité avec succès par le proto-iodure de mercure; la maladie avait résisté aux autres procédés de traitement, en particulier au traitement par l'arsenic, les bains d'amidon. Cette médication a également été employée chez des malades des observations précédentes, et constamment le résultat a été satisfaisant. Ce mode de traitement, préconisé il y a déjà longtemps par M. le professeur Gubler, doit être employé dans les cas où l'eczéma est très-étendu, et quand il est très-tenace. D'après les faits qu'il a observés, M. Vulpian pense que le traitement mercuriel est surtout efficace lorsqu'il est institué après l'emploi assez prolongé des préparations arsénicales.

La médication arsénicale, les bains d'amidon, les alcalins, l'occlusion à l'aide des gants, des bandes de caout-

chouc, de vernis au caoutchouc ou à la gutta-percha, ont aussi très-bien réussi dans quelques cas que nous avons eus sous les yeux.

L'observation XXXI est un bel exemple d'ecthyma chez un individu cachectique ; il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, qui a souffert de la faim ; dans ce cas, comme dans tous ceux où il y a inanition lente et anémie profonde, on voit souvent survenir l'ecthyma, et, ainsi que dans l'espèce, il y a fréquemment une pigmentation brune de la peau.

L'observation XXXII est un cas de zona chez un jeune homme de seize ans. Tout s'est passé comme habituellement ; il n'y a pas eu de *douleurs névralgiques consécutives*, et le malade, revu longtemps après sa sortie de l'hôpital, a affirmé n'en avoir jamais éprouvé. A ce propos, M. Vulpian rappelait que le zona des jeunes, de l'adolescent en particulier, n'est quelquefois, ni précédé, ni suivi de douleurs névralgiques.

Les observations XXXIII et XXXIV sont des exemples classiques d'érysipèle de la face ; je les ai choisies entre plusieurs, parce qu'une particularité clinique intéressante, bien connue d'ailleurs, s'est présentée pendant leur évolution ; je veux parler de l'albuminurie ; celle-ci a été tout à fait transitoire ; la présence de l'albumine dans l'urine a coïncidé avec la période d'augment et la période d'état de l'érysipèle. Dans ces deux cas, comme aussi, dans les autres que nous avons observés, il n'est point survenu de complications cardiaques ; l'érysipèle a débuté par la gorge ; il n'y a pas eu d'inflammations érysipélateuses du menton.

L'observation XXXV contient des enseignements cliniques pleins d'intérêt ; il s'agit d'un cas de *scrofule viscérale*. La malade, âgée de 21 ans, est restée très-longtemps à l'hôpital, et on a pu étudier tout au long son histoire antérieure et son état actuel.

Elle a bien eu dans sa vie, vingt-quatre ou vingt-cinq

érysipèles, d'après son dire, et je suis assez porté à le croire en prenant en considération le grand nombre de ceux dont elle a été atteinte pendant son séjour à l'hôpital. Tous ont offert le même caractère ; ils ont consisté en inflammations bâtardes de la peau, inflammations sans grande réaction, ressemblant plutôt à de l'œdème inflammatoire, qu'à un véritable érysipèle, et n'en présentant pas d'ailleurs ni la coloration, ni la douleur, etc. Cependant ces érysipèles débutaient presque toujours avec un ensemble de phénomènes généraux graves, mais ceux-ci s'éteignaient très-vite aussi ; l'érysipèle disparaissait ; à la fin, la peau de la face restait constamment œdémateuse, constamment, pour ainsi dire, en état latent d'inflammation érysipélateuse.

La figure de la malade est pâle, légèrement bouffie ; les lèvres sont grosses, épaisses ; le nez épaté ; les cils ont disparu ; les paupières sont enflammées ; la peau est blanche, fine, les membres ronds ; le panicule sous-cutané abondant. Dans ce cas, il y a surtout de remarquable, des troubles viscéraux, troubles gastriques incessants, troubles dyspeptiques de toutes sortes et de tout genre ; des troubles névropathiques multiples, divers ; des embarras gastriques, à propos du moindre changement dans la nourriture ; de la polyurie sans albuminurie, etc. ; en un mot toute la série des troubles dont j'ai déjà fait l'énumération à propos de plusieurs cas d'eczéma chronique. Chez cette malade, tous les accidents sont liés bien certainement à la scrofule, et les troubles viscéraux sont vraisemblablement dus à des lésions amyloïdes des organes dont les fonctions sont plus ou moins altérées. M. Vulpian avait d'ailleurs fait inscrire dans le diagnostic détaillé, relatif à cette malade : *altération amyloïde des viscères.*

Tous les faits que je viens de passer en revue, se rapportent à la grande question des diathèses et des maladies

constitutionnelles. Les observations contenues dans ce chapitre, ont certainement une grande valeur et constituent un appoint notable à l'ensemble des preuves sur lesquelles on s'est appuyé pour établir l'existence des affections *diathésiques*, et pour montrer les particularités caractéristiques de leur évolution progressive, ainsi que les rapports qui lient entre elles leurs diverses manifestations. L'organisme envahi par la diathèse, ou par la maladie constitutionnelle, est pour ainsi dire, sur tous les points, dans un état d'imminence morbide spéciale. Comme nous l'avons dit, sous l'influence des moindres causes et parfois même en dehors de toute cause occasionnelle reconnaissable, il naît tantôt des affections cutanées, tantôt des affections arthritiques, ou bien des affections nerveuses, ou bien des affections viscérales, etc. Dans quelques cas il semble que la fatigue de l'organisme, profondément et longtemps travaillé par ces affections diathésiques, constitue une condition favorable pour le développement du cancer. Mais le cancer est par lui-même une diathèse spéciale. Ce sont ces évolutions successives, appartenant toutes à la même diathèse, considérées dans leur ensemble, qui sont le trait le plus saillant dans l'histoire des maladies diathésiques constitutionnelles.

Ces notions sont du plus grand intérêt pour le clinicien, car ce sont elles qui fixent le diagnostic, qui dictent le pronostic, et qui doivent suggérer le traitement.

OBSERVATIONS

Obs. XXV. — *Eczéma. — Troubles dyspeptiques profonds. Anémie générale. — Alternance des troubles fonctionnels et des poussées d'eczéma. — Traitement par l'arsenic et le mercure. — Amélioration.*

La nommée B.., Françoise, 48 ans, domestique.

Entrée le 4 janvier 1876, salle Ste-Madeleine, lit nº 3.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 48 ans, a été réglée à 17 ans ; les règles ont toujours été très-régulières jusqu'à l'âge de 39 ans, époque à laquelle est survenue la ménopause.

Elle a eu 4 enfants, dont 2 sont morts, l'un du choléra, à 2 ans ; l'autre, de convulsions, à 12 mois ; les deux autres se portent bien.

A 7 ans, elle fut atteinte de la petite vérole ; à 9 ans, elle eut sur tout le corps une éruption dont elle ne peut préciser la nature ; à 40 ans, elle a eu la fièvre typhoïde et elle garda le lit pendant 3 mois.

Cette malade entre à l'hôpital pour un malaise général ; depuis sa fièvre typhoïde elle déclare qu'elle ne peut rester longtemps debout, à cause d'une grande faiblesse dans les jambes ; elle se plaint aussi de douleurs dans les reins, l'estomac et la tête.

Ces douleurs sont, dit-elle, très-fortes dans la tête, depuis 6 mois ; elles occupent, sous forme d'accès névralgiques, la totalité de la tête pendant le jour et la nuit ; aussi le sommeil est-il impossible.

En même temps que les douleurs lancinantes il y a du

larmoiement et une rougeur assez intense de la face qui se couvre d'une sueur abondante.

Depuis sa fièvre typhoïde, plusieurs fois des *éruptions eczémateuses*, localisées *à la tête* et *aux 2 membres supérieurs*, sont apparues, et, à ce moment, elle souffrait moins de l'estomac.

Chaque fois que ces éruptions ont disparu, elle a, immédiatement après, éprouvé des douleurs dans les *oreilles*, et ces douleurs ont été suivies d'un écoulement de pus. Ces alternances entre les éruptions eczémateuses, les douleurs, les troubles fonctionnels ont été notées plusieurs fois, par la malade.

Elle affirme aussi que depuis 3 mois *ses selles sont noirâtres* comme de la suie et renferment des filaments roulés en peloton ; ses selles seraient moins noires quand elle a son éruption d'eczéma; elle a eu souvent de la lienterie.

Etat actuel. — On remarque autour des yeux une *éruption eczémateuse* qui détermine de très-vives démangeaisons; les paupières sont comme squameuses; les cils ont disparu ; les sourcils sont recouverts de petites plaques furfuracées; les poils sont tombés ; sur la face dorsale des mains, mêmes traces de squames; eczéma sec.

La malade est pâle, anémiée; la figure est un peu bouffie; elle a le facies d'une albuminurique chronique.

La malade se plaint surtout des douleurs de tête qui viennent d'être mentionnées et qui la privent de sommeil.

Elle se plaint, en outre, d'une douleur assez intense au creux de l'estomac. Cette douleur est cuisante; elle n'existe qu'après le repas et force la malade à enlever ses vêtements.

La pression au niveau de l'épigastre, en dehors des repas, provoque une douleur analogue, mais qui est alors peu marquée. Il n'existe aucune douleur spontanée dans

le dos, au point opposé, et la pression, en ce point, n'en provoque pas.

Depuis un ou deux mois environ, elle éprouve des *éructations* gazeuses ; le matin elle a des aigreurs et elle rend des matières glaireuses en petite quantité; ces troubles dyspeptiques sont aujourd'hui très-prononcés.

Les membres inférieurs sont faibles; on y observe aussi un certain degré d'œdème.

Le bras gauche est un peu plus faible que le droit.

Elle éprouve parfois dans ce membre des fourmillements, et alors elle laisse échapper ce qu'elle tient à la main.

La main qu'on lui donne à serrer est moins fortement pressée par la main gauche que par la main droite; la différence est d'ailleurs peu sensible.

L'examen du cœur et de la poitrine ne montre rien d'anormal; il en est de même de l'examen des *urines*.

L'inappétence est complète ; il n'y a ni nausées, ni vomissements; actuellement la malade est constipée.

On constate un notable degré d'hypochondrie.

Traitement. — La malade a été traitée d'abord par les toniques, l'acide arsénieux (3 granules de dioscoride, puis 4, 5, 6 par jour) et par les bains sulfureux; à partir du 25 janvier on a commencé le traitement au mercure.

Les maux de tête avaient disparu, mais ils sont revenus depuis le traitement par le mercure. Ils sont, il est vrai, beaucoup moins intenses que lors de l'entrée de la malade dans le service.

28 *janvier.* — Les selles tendent à se régulariser; l'appétit renaît un peu.

30 *janvier.* — L'éruption persiste, malgré le traitement, un peu moins marquée toutefois que lors de l'arrivée de la malade : elle diminue surtout, sans cesser complétement, quand la malade a des crises gastralgiques, ce qui arrive assez souvent.

1er *février.* — On continue le traitement mercuriel. — L'eczéma tend à disparaître, mais les troubles dyspeptiques, en revanche, sont très-accusés. — Douleurs violentes à l'épigastre. — Quelques vomissements.

3 *février.* — Les douleurs névralgiques de la tête, qui avaient disparu, se reproduisent avec une certaine intensité. — Diarrhée séreuse assez abondante.

5 *février.* — Même état.

8 *février.* — Nouvelles poussées d'eczéma au pourtour des paupières et sur les mains. — On donne en plus, du vin de quinquina.

10 *février.* — Depuis l'apparition de l'eczéma, les troubles viscéraux se sont considérablement amendés. L'état général de la malade est meilleur.

Pendant la fin du mois de février, on note, plusieurs fois, l'alternance, déjà indiquée, entre les troubles fonctionnels, l'apparition ou la disparition de l'eczéma.

La malade quitte l'hôpital, le 18 mars 1877. Elle est dans un état notable d'amélioration. Elle mange mieux; elle reste souvent plusieurs jours sans diarrhée; depuis longtemps on n'a pas vu la moindre selle noirâtre; les douleurs de l'épigastre sont moins vives; le moral est moins abattu. L'éruption de la face et des mains est encore apparente; mais elle est plus pâle. Un traitement plus prolongé eût certainement amendé bien plus favorablement encore la maladie de cette femme; mais elle était obligée de quitter l'hôpital.

Obs. XXVI. — *Eczéma. — Troubles dyspeptiques profonds. — Cachexie extrême. — Phénomènes symptomatiques simulant un cancer de l'estomac. — Traitement par l'acide arsénieux et le proto-iodure de mercure. — Guérison.*

Le nommé A... Dominique, 61 ans, cordonnier.

Entré le 24 mai 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 12.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a été souvent tourmentée par des éruptions semblables à celles qu'il présente aujourd'hui.

Antécédents personnels, nuls.

Renseignements. — Depuis 6 mois ce malade éprouve de fréquentes nausées. Elles n'ont jamais été suivies de vomissements, mais à chaque instant il avait des renvois aigres, accompagnés de bâillements continuels.

En même temps, il éprouvait une douleur localisée à l'épigastre. Elle n'était pas continue, mais apparaissait subitement et avec les renvois.

Cependant les digestions se faisaient bien et le malade dit qu'aussitôt après avoir mangé sa douleur stomacale disparaissait.

Les selles ont toujours été régulières. Mais bientôt de l'amaigrissement survint ; une éruption particulière et qui occasionnait de *vives démangeaisons*, apparut il y a 2 mois environ et cet état allant peu à peu en augmentant le malade se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — 24 *mai* 1877. — C'est un malade d'aspect cachectique, considérablement amaigri, s'il faut en juger par ce qu'il en dit, et comme le montre le vide que laissent sur lui ses vêtements.

Les téguments présentent une teinte jaune pâle. Les paupières et les lèvres sont complétement décolorées.

Les jambes sont un peu œdémateuses.

L'examen direct de l'abdomen est tout à fait négatif. On ne trouve pas trace de tumeur.

La pression sur l'épigastre est à peine douloureuse. L'appétit est passable. La digestion est lente, pénible ; quelques vomiturations ; pyrosis ; de temps à autre, diarrhée alternant avec de la constipation. Depuis quelque temps, le sommeil est troublé par des démangeaisons très-vives.

Rien de particulier, ni au cœur, ni au poumon ; souffle

doux dans les vaisseaux du cou. Ce malade offre une éruption qui présente les caractères suivants :

Ce sont de petites vésicules, acuminées, réunies en plaques rondes, grandes en général comme une pièce de 2 francs. Le fond de la plaque est rouge et les vésicules laissent suinter un liquide séreux. Ces vésicules sont, du reste, à diverses périodes de leur développement. Dans la plupart des régions qu'elles occupent, les vésicules tendent à se dessécher. En examinant avec soin les plaques qu'elles forment par leur groupement, on voit que ces vésicules siégent toutes ou presque toutes au niveau d'orifices de follicules pileux. Dans les endroits où il n'y a plus de vésicules, ces orifices apparaissent chacun au centre d'une très-petite macule rouge d'une teinte vive.

Cette éruption a débuté il y a 2 mois par la face dorsale des mains ; de là elle est apparue sur les avant-bras, puis sur les membres inférieurs, où elle est surtout développée en ce moment.

Il y a deux de ces plaques rondes sur la cuisse droite, une grande sur la cuisse gauche. Plusieurs siégent sur la jambe gauche, une seule sur la jambe droite à sa partie antéro-externe. Il y en a trois sur l'avant-bras droit et quatre sur le gauche.

Du reste, elles apparaissent successivement. Quand les unes s'en vont, d'autres reviennent.

Toutes démangent fortement le malade.

Traitement. — On prescrit d'abord l'acide arsénieux, 4, 5, 6, 7, 8, pilules de 0,001 milligramme, successivement. — On continue ainsi jusqu'au 10 juin.

L'état général est un peu amélioré, mais les plaques eczémateuses sont peu modifiées; M. Vulpian ordonne alors les pilules de proto-iodure de mercure, pilules de 0,05 centigr., une par jour.

Le malade sort le 29 juin très-amélioré par le proto-

iodure de mercure; les plaques se sont séchées, et, peu à peu, la peau a repris son état normal. Il faut faire remarquer que les troubles dyspeptiques ont été très-variables, suivant que l'eczéma était, ou n'était pas, en activité. Le fait a été noté plusieurs fois.

Sur ce malade, on a essayé de traiter quelques-unes des plaques d'eczéma, par l'occlusion, à l'aide soit du collodion, simplement, soit du caoutchouc dissous; les résultats ont été assez bons; mais ils n'ont pas été comparables à ceux qu'on a obtenus, dans des cas d'eczéma de la main, du bras, par les bandes ou les gants de caoutchouc.

Obs. XXVII. — *Eczéma; leucorrhée. — Emphysème pulmonaire. — Traitement par l'arsenic. — Guérison.*

La nommée B..., Marie-Alexandrine, 45 ans, ménagère. Entrée le 8 mars 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 7.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 45 ans, ménagère de son état, est réglée depuis l'âge de 18 ans; elle a eu très-souvent de la leucorrhée, dans l'intervalle de ses règles; mais cette leucorrhée est plus abondante, depuis quatre mois; ses règles viennent très-régulièrement.

Elle déclare s'être toujours bien portée; elle n'a pas eu de gourmes, ni de glandes; pas de douleurs rhumatismales. Elle accuse des maux de gorge très-forts et très-fréquents, des douleurs sourdes dans les jambes, le long de la face interne du tibia : ces douleurs sont très-vives, surtout la nuit, et quand elle s'approche du feu. Il n'y a pas de ganglions gonflés dans l'aine ni au cou.

Pendant qu'elle allaitait son enfant, elle a eu un abcès au sein gauche. Depuis douze ans, hernie crurale à droite, de la grosseur d'une mandarine; elle n'a pas fait souffrir la malade. La gêne causée par cette tumeur, est peu marquée; la hernie rentre facilement, et est maintenue par un bandage.

Etat actuel. — Depuis 4 mois, cette malade présente des plaques d'eczéma multiples. Elles occupent le front, s'étendent à droite, derrière l'oreille et dans le conduit auditif ; dans ces derniers temps, cette oreille l'a fait beaucoup souffrir ; la malade a eu un écoulement de pus assez abondant par le conduit auditif externe. On trouve encore de l'eczéma sur le lobule du nez et un peu sur la face, puis sur la lèvre supérieure à droite. Il en existe aussi une plaque très-marquée, en forme de demi-cercle, sous le sein gauche ; on voit d'autres plaques dans les deux aines ; de chaque côté des grandes lèvres ; à la face interne des cuisses.

Ces plaques ont débuté par la région du sein, puis se sont montrées dans les aines et, ensuite, à la face. En même temps la leucorrhée qui existait depuis très-longtemps, est devenue beaucoup plus abondante ; c'est une incommodité dont la malade se plaint. Les démangeaisons sont aussi violentes et la font beaucoup souffrir.

L'examen des grandes lèvres et du vagin montre, à l'entrée de la vulve, à quelques centimètres en dehors, se propageant vers la face interne des cuisses, sur le pénil, ainsi que sur chacune des lèvres, sur une certaine étendue de la muqueuse vaginale, l'existence de plaques eczémateuses, avec des squames sèches très-abondantes. Çà et là, comme d'ailleurs sur les plaques du corps, existent de petites vésicules séreuses, jaunâtres, qui causent de très-vives démangeaisons.

La malade accuse, de plus, des palpitations fréquentes quand elle fait des efforts ; elle tousse un peu et est souvent enrhumée.

L'appétit est conservé ; le sommeil, excellent. Cependant il y a parfois de vives douleurs de tête qui, débutant dans la journée, persistent la nuit de manière à empêcher le sommeil.

Déjà la malade a eu, pour la première fois, une éruption

analogue, aux jambes et aux cuisses, l'année dernière et à la même époque ; cette éruption a été accompagnée d'une leucorrhée très-abondante et de douleurs de tête.

La malade a une constipation opiniâtre ; elle est obligée de prendre des lavements pour aller à la selle ; jamais elle n'a éprouvé de douleurs dans le ventre : pas de coliques ; les digestions se font très-bien. Il faut noter, de plus, une soif continuelle et des envies très-fréquentes d'uriner. La malade urine beaucoup et est obligée de se lever très-souvent pendant la nuit pour uriner.

Le cœur est sain ; les battements sont un peu forts : à la base, il y a un souffle systolique très-léger ; on entend aussi un souffle léger, mais tendant à être continu, dans les vaisseaux du cou.

L'examen de la poitrine révèle une grande quantité de râles muqueux ronflants et sibilants, disséminés dans les deux poumons ; sonorité exagérée, en avant et en arrière du thorax.

Le foie et la rate n'ont rien d'anormal.

L'urine est très-peu colorée ; elle ne contient ni albumine, ni sucre.

Traitement. — On donne à la malade de l'arsenic et des bains amidonnés, ainsi que de la pommade au sulfate de zinc (axonge 30 gr., sulfate de zinc 0 gr., 50). En outre, injections vaginales alunées.

L'eczéma diminue un peu, mais très-lentement ; la céphalalgie reste opiniâtre ; la leucorrhée diminue également.

La malade quitte l'hôpital, le 15 avril.

Sous l'influence du traitement (granules d'acide arsénieux de 0,001 milligr. 3, 4, 5, puis 6 par jour et des bains d'abord amidonnés, puis sulfureux) l'eczéma a disparu presque totalement. A peine y a-t-il encore quelques squames sèches. L'eczéma de la vulve est guéri, ainsi que

la leucorrhée. La bronchite chronique et l'emphysème pulmonaire sont aussi considérablement amendés.

OBS. XXVIII. — *Eczéma. — Emphysème pulmonaire. — Traitement par l'acide arsénieux. — Guérison.*

Le nommé M... Jacques, âgé de 47 ans, typographe.

Entré le 29 juin 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 1.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection pulmonaire, après six mois de maladie.

Antécédents personnels. — Alcoolisme.

Le malade boit des liqueurs le matin à jeun.

Il a des pituites. Son sommeil est troublé par des rêves.

Les digestions se font mal. Aussitôt après avoir mangé, il éprouve de la pesanteur au creux épigastrique, et des nausées.

Pas de tremblement des doigts.

Depuis longtemps déjà, il a des palpitations, qui parfois sont assez violentes.

Il y a 10 mois environ, il éprouva une douleur à l'épaule droite. Quelque temps après, le genou gauche fut pris, ainsi que l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Cette dernière, paraît-il, a présenté un gonflement notable.

En même temps apparaissaient des éruptions sur divers points du corps, mais principalement sur le scrotum.

Déjà il y a deux ans, ses bourses avaient été atteintes de la même manière qu'aujourd'hui. A la même époque, il eut une bronchite pour laquelle il vint se faire traiter à la Charité. Il resta 6 semaines, après quoi il sortit non complétement guéri. Il a toujours continué à tousser un peu, et surtout il a conservé une grande facilité à s'enrhumer : jamais il n'a eu d'hémoptysie; jamais de diarrhée ayant duré quelque temps.

Il n'a pas maigri.

Il éprouve fréquemment des sueurs nocturnes.

L'expectoration a toujours été peu abondante, et n'a rien présenté de particulier.

État actuel. — Le malade est vigoureusement constitué; il est sans fièvre. Aspect un peu sénile. — De temps à autre, il éprouve des douleurs dans les jointures. Les douleurs ne sont pas continues, mais vont et viennent.

En ce moment le malade souffre peu de son épaule. La douleur n'est pas très-intense. Pendant les mouvements, on perçoit des craquements faibles.

Le cœur nė présente rien de particulier.

Le scrotum est, depuis huit jours, envahi tout entier par une rougeur uniforme. Le malade y éprouve des démangeaisons insupportables. En même temps, on y observe un léger suintement.

Sur le dos de la main droite est une large plaque de desquamation, occupant la tête des deuxième, troisième et quatrième métacarpiens. Il y aurait eu d'abord, en ce point, une bulle remplie de sérosité, qui occasionnait de vives démangeaisons.

Les jambes sont le siége d'un léger œdème.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants :

Poitrine large ; creux sus-caviculaire un peu effacé.

A la percussion, rien de particulier tant en avant qu'en arrière, si ce n'est un peu de sonorité exagérée.

A l'auscultation, on entend près de la clavicule gauche quelques râles muqueux.

A ce même niveau, expiration prolongée.

En arrière, au niveau de la fosse sus-épineuse la respiration est légèrement soufflante. On y entend également quelques râles muqueux très-limités. Expectoration de crachats muqueux.

Le malade ne tousse pas beaucoup et sa santé générale ne paraît pas avoir souffert.

Le foie est augmenté de volume. Il dépasse le rebord

des fausses côtes de quelques centimètres. L'appétit est conservé; langue blanche, un peu saburrale. — La digestion commence à être douloureuse, 1 heure après les repas. — Quelques vomituritions. — Constipation.

Urine normale.

Céphalalgie très-fréquente.

Traitement. — Sulfate de soude, 20 grammes. Potages.

1er *juillet.* — Application de teinture d'iode sur les articulations douloureuses; — 3 granules d'acide arsénieux de 0 gr. 001 chaque. — Pommade au sulfate de zinc sur le scrotum et les mains. — Bains d'amidon; un, tous les 2 jours.

Le traitement est continué jusqu'au 1er août; le malade quitte l'hôpital guéri de son eczéma, les douleurs rhumatismales ont disparu; encore un peu de bronchite chronique. Il n'y a plus d'œdème des membres inférieurs.

Obs. XXIX. — ***Eczéma. — Pleurésie aiguë. — Traitement arsenical et mercuriel. — Amélioration.***

La nommée M... Marie, âgée de 23 ans, domestique.

Entrée le 2 décembre 1876, salle Ste-Madeleine, lit n° 7.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 23 ans, a été réglée à 16 ans, et elle a toujours ses règles d'une façon très-régulière.

A l'âge de 18 ans, elle a eu une variole qui la retint au lit pendant quatre semaines; à vingt ans, elle eut la rougeole.

Elle n'accuse aucun antécédent rhumatismal dans sa famille, ni chez elle.

Elle déclare seulement être très-nerveuse et avoir, par moments, des accès d'étouffements avec bouffées de chaleur au visage.

Il n'y a rien de remarquable du côté du cœur, ni du côté des poumons. La malade s'est toujours bien portée ; elle avait bon appétit, bon sommeil; elle est cependant

un peu constipée ordinairement, car elle ne va à la selle que tous les deux ou trois jours et avec des lavements.

Elle est entrée à l'hôpital le 2 décembre 1876, malade à la suite d'un refroidissement.

Le 17 novembre, étant occupée à cirer le parquet chez elle, elle fut exposée à un courant d'air alors qu'elle avait chaud. Elle éprouva bientôt, un ou deux jours après, une douleur assez vive occupant toute la partie latérale droite du thorax. Cette douleur, lancinante et cuisante par moment, était exaspérée par les mouvements du tronc et les grands mouvements d'inspiration.

Bientôt elle se met à tousser sans cependant avoir d'expectoration. Elle eut aussi quelques petits frissons peu intenses et peu répétés au début. Mais vers le 23 ou le 24 novembre, ils s'accentuèrent en même temps que la fièvre s'établissait.

Cette fièvre, modérée au début, n'existait que le soir; quelques sueurs nocturnes. Elle augmenta rapidement et ce fut avec ces symptômes de douleur au côté, de toux et de fièvre assez vive, qu'elle entra à l'hôpital.

La fièvre a duré jusqu'au 22 décembre 1876. La malade, dans le lit, était obligée de garder le décubitus dorsal ou latéral gauche à cause d'une sensation d'étouffement très-grand, qu'elle éprouvait dès qu'elle se couchait sur le côté droit.

État actuel. — Femme brune, maigre, à facies un peu anémique.

L'état général est assez bon. — Le sommeil est interrompu la nuit, de temps à autre, par la douleur de côté, et, dit-elle, par des démangeaisons dans divers points du corps, notamment sur les jambes.

L'appétit est en partie revenu; pas de troubles dyspeptiques. — Constipation.

Il n'existe pas d'éruptions à la surface de la peau.

Aujourd'hui, 6 décembre, la malade n'a plus qu'un peu de fièvre le soir et encore cette fièvre est-elle très-légère ; elle souffre dans le côté droit, mais seulement quand elle fait de grandes inspirations ; elle ne tousse plus.

A la percussion, on constate une diminution très-peu marquée de la sonorité normale, en arrière et dans la moitié inférieure du poumon.

La palpation fait reconnaître, dans cette région, l'absence des vibrations vocales, tandis qu'on sent un peu de frottement à la main ; à l'auscultation, ce dernier signe devient très-net ; on entend très-bien un bruit de frottement analogue à celui qu'on obtient en froissant de l'amidon.

L'urine, très-rouge au début de la maladie, l'est encore un peu aujourd'hui ; pas d'albumine.

Traitement. — Badigeonnages de teinture d'iode sur le côté gauche du thorax, région postérieure. — Potion gommeuse avec 30 grammes de sirop d'opium. — Tilleul.

Le 9 décembre, la malade a de l'insomnie, une légère agitation fébrile.

Le matin, on trouve, le 10 décembre, *une éruption d'eczéma* sur tout le corps. La surface de la peau, principalement sur les bras, les jambes, les cuisses, la face postérieure du tronc, est uniformément rouge. La coloration rouge n'est pas aussi accusée que dans l'eczéma rubrum. — De plus sur toutes ces parties ainsi enflammées, on aperçoit une multitude de petites vésicules ; les unes grosses comme des grains de mil ; les autres, un peu plus volumineuses. Ces dernières sont transparentes. Toutes causent de violentes démangeaisons. Quelques vésicules renferment du liquide un peu trouble.

En même temps, le mouvement fébrile, qui était complétement disparu, revient un peu ; cependant la fièvre est très-modérée. — Les frottements pleurétiques qui, déjà,

étaient en partie disparus, ne deviennent pas plus accentués.

On donne : 15 grammes d'huile de ricin. Tisane de camomille.

11 *décembre.* — La rougeur de la peau est moins intense; les démangeaisons, moins vives. Granules d'acide arsénieux.

12 *décembre.* — Bain amidonné.

14 *décembre.* — La rougeur de la peau a bien diminué; çà et là, il se forme des squames sèches, petites et très-nombreuses.

16 *décembre.* — Les badigeonnages, avec la teinture d'iode, sur la région postérieure et gauche de la poitrine, ont fait à peu près disparaître les frottements pleurétiques. L'eczéma est toujours en activité.

20 *décembre.* — L'éruption eczémateuse est très-affaiblie. — 3 granules d'acide arsénieux.

29 *décembre.* — Légère recrudescence de l'eczéma.

2 *janvier.* — Ce jour, la malade avait encore la face dorsale des mains, la face antéro-externe des jambes, couvertes de desquamations épidermiques. La peau était sèche, rugueuse, sur fond rouge; çà et là existaient de petites vésicules transparentes, grosses comme des têtes d'épingles; elles démangeaient beaucoup.

Le 5 janvier, poussées aiguës d'eczéma; celui-ci occupe non-seulement les bras, les jambes, mais encore les parties latérales du tronc, les aines.

Le 6, l'éruption est un peu éteinte.

Dès les premières apparitions de l'eczéma (10 décembre), la malade a été, comme il est indiqué, soumise au traitement arsenical; granules d'acide arsénieux.

Le 6 janvier, on donne du proto-iodure de mercure.

La malade quitte l'hôpital le 18 janvier, guérie de sa pleurésie, mais avec des taches rougeâtres, écailleuses

dues à son eczéma. Cette éruption est évidemment en voie de guérison.

Obs. XXX. — *Eczéma. — Traitement par l'acide arsénieux et le proto-iodure de mercure. — Guérison.*

La nommée P..., Rose, 27 ans, domestique.

Entrée le 18 novembre 1876, salle Madeleine, lit n° 2.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 27 ans, est à Paris depuis 6 mois seulement; elle est réglée depuis l'âge de 12 ans.

Comme antécédents, elle aurait eu la rougeole à 6 ans, le croup à 13 ans. Il y a 6 ans, en 1870, elle est accouchée et depuis ce temps ses règles sont très-abondantes; elle perd beaucoup pendant huit jours. Elle accuse enfin des phénomènes nerveux assez marqués.

La malade est aujourd'hui à l'hôpital pour une éruption eczémateuse, dont elle est atteinte depuis le mois de février 1874.

A cette époque, elle eut les mains et les poignets couverts de plaques d'eczéma, mais seulement du côté droit. Cette éruption ne gagna pas l'avant-bras; elle provoquait de grandes démangeaisons qui forçaient la malade à se gratter, de sorte qu'elle s'écorchait souvent.

En même temps, la face dorsale de tous les doigts de la même main droite, était fendillée, parsemée de crevasses très-douloureuses.

La malade, en ce moment à la campagne, subit un traitement consistant en cataplasmes de fécule, bains de bras, tisane de goudron et de douce-amère.

Cette éruption disparaissait sous l'influence de ce traitement, pendant un certain temps. La malade était obligée de ne jamais mettre les mains dans l'eau car, aussitôt qu'elle essayait de le faire, l'éruption reparaissait de nouveau. Au mois d'août 1876, la main gauche se prit également et

présenta les mêmes phénomènes que la droite ; de ce côté encore l'éruption ne dépassa pas le poignet.

Les deux mains étaient en même temps couvertes de sueurs abondantes sur la face palmaire.

Etat actuel. — La malade est assez forte; embonpoint notable.

La face est pâle; aspect, un peu cachectique. La peau du visage est sèche, un peu écailleuse.

Les sourcils sont peu nombreux.

Il n'existe pas de douleurs articulaires; du reste, la malade n'en a jamais souffert.

L'état général est passable.

Rien à noter, ni du côté du cœur, ni du côté de la poitrine. Souffle doux dans les vaisseaux du cou.

La peau de la face dorsale et de la paume des mains, celle des poignets, et, sur une petite étendue, celle de la face postérieure des avant-bras, est sèche, squameuse, et le siége d'assez vives démangeaisons; il existe encore, surtout sur la face postérieure des mains, quelques crevasses très-douloureuses.

A la face externe du pavillon de l'oreille, même aspect de la peau; aussi, au niveau de l'apophyse mastoïde.

Sur les premières phalanges des doigts, quelques petites vésicules séreuses ; elles démangent beaucoup. Ces démangeaisons causent de l'insomnie.

L'appétit est assez bon ; douleurs vives à la pression, au creux de l'estomac. Constipation. La malade se plaint aussi d'éprouver quelquefois du vertige.

Traitement. — On ordonne l'arsenic, le vin de gentiane et les gants de caoutchouc.

Sous l'influence de ce traitement, l'éruption des mains disparut au bout de quinze jours environ ; mais la peau était encore très-peu souple à cette époque.

Quand l'éruption disparaissait aux mains, elle apparais-

sait à la face, autour des lèvres, des oreilles, des yeux, du nez; ces parties en sont aujourd'hui débarrassées.

Mais depuis samedi, 6 janvier, la même éruption se montre au creux poplité, des deux côtés, aux deux aines, sur la poitrine, entre les deux seins, autour des malléoles, au talon gauche, et sur le dos du pied droit, à la base des orteils.

Le 8 janvier elle prit un bain d'amidon qui fit un peu disparaître l'éruption de la poitrine. Aujourd'hui elle suit un traitement au mercure, pilules de proto-iodure de 5 centigrammes; une, puis deux par jour.

La malade quitte l'hôpital le 31 janvier très-améliorée; elle n'a plus d'éruption; la desquamation de la paume des mains persiste.

Obs. XXXI. — *Ecthyma cachectique.*

Le nommé M..., Auguste-Joseph, 25 ans, garçon de magasin.

Entré le 7 février 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 17.

Antécédents. — Cet homme s'est toujours bien porté jusqu'à l'âge de 18 ans environ; à cette époque, il devint triste, mélancolique, vit sa mémoire diminuer et entra à l'hospice de Vaucluse; il dit n'avoir jamais été furieux; jamais on ne fut forcé de l'attacher; triste et d'un caractère doux, il travaillait la terre, mêlé aux autres pensionnaires de l'hospice.

A 21 ans il quitte l'hospice et est employé comme homme de peine chez un bijoutier.

Depuis 2 mois il est sans ouvrage et vit chez son père qui est concierge. Quoiqu'il éprouve une certaine répugnance à le dire, on parvient à savoir qu'il n'a pas eu toujours à manger; de plus, il a été soumis à de mauvaises conditions hygiéniques.

Rien de particulier du côté de son père, de ses frères et sœurs; la mère est à la Salpétrière.

Il n'a pas d'antécédents alcooliques.

Il affirme n'avoir jamais eu la syphilis : jamais il n'aurait eu de chancres.

Il y a 8 jours il vit apparaître sur ses jambes une éruption qui ne tarda pas à envahir les cuisses, le tronc, les bras.

Cette éruption lui occasionnait de très-vives démangeaisons, et ces démangeaisons étaient plus fortes la nuit que le jour.

A part cette éruption, il paraît qu'il s'est assez bien porté; il a conservé l'appétit, le sommeil.

État actuel. — C'est un homme grand, un peu pâle, un peu amaigri ; son visage exprime la souffrance et la tristesse.

Ce malade est très-sale et, en certains points du corps, la crasse est accumulée en assez notable quantité.

On ne découvre pas de poux dans ses vêtements, ses cheveux, etc., mais on l'a changé complétement de linge à son entrée à l'hôpital.

Son corps est couvert d'une éruption qui s'étend depuis les chevilles jusqu'au cou; mais cette éruption est surtout abondante, aux jambes, à la face interne des cuisses, entre les deux épaules.

On ne peut découvrir des parties de cette éruption en voie d'évolution; ces boutons sont maintenant évidemment modifiés.

Si l'on examine l'éruption avec attention, on constate qu'elle offre des apparences variées, et qu'elle est constituée :

1° Par de petites croûtes brunâtres de sang caillé; ce sont des papules de prurigo, qui ont été grattées, déchirées par les ongles.

2° Par des taches pigmentaires brunes.

8° Par des élevures rouges (rouge saumon) présentant parfois au centre une petite croûte brune de sang des-

séché, élevures rouges qui sont entourées d'un cercle de desquamation; quelques-unes laissent encore apercevoir à leur centre un peu de pus desséché.

Si l'on examine l'éruption en allant de bas en haut, c'est-à-dire des *jambes* vers le cou, on constate que les jambes sont couvertes depuis les malléoles, de ces saillies boutonneuses, flétries, entourées d'un cercle de desquamation, cercle plus ou moins grand, plus ou moins épais; que ces saillies boutonneuses vont en diminuant, d'étendue et de nombre, en remontant, et que sur la poitrine et les bras, on n'en trouve presque plus.

Ces saillies boutonneuses sont entremêlées de petites croûtes brunes, formées de sang caillé (résultat du grattage). On voit, en outre, çà et là, de nombreuses macules. Ni les saillies boutonneuses, ni les macules n'offrent une couleur violacée ou jambon.

Les macules sont brunâtres. Plus petites et moins nombreuses sur les membres inférieurs, elles vont augmentant en nombre et en étendue, à mesure qu'on remonte vers les parties supérieures du tronc : elles constituent à elles seules presque toute l'éruption de la poitrine qui, couverte de ces taches brunâtres, présente un aspect truité.

A la face interne des *cuisses*, et en haut, on trouve deux grandes plaques brunes; mais cette couleur paraît être produite en grande partie par la crasse dont cette région est couverte.

Sur les bras l'éruption est bien moins abondante. Entre les 2 épaules on trouve une quantité de taches brunes, mêlées de petites croûtes brunes, de sang desséché, et de papules de prurigo.

Croûtes brunes et saillies boutonneuses dans le dos.

Tel est l'aspect de l'éruption. Maintenant elle produit peu de démangeaisons, mais, il y a quelques jours, elle en occasionnait de vives et l'on voit encore un grand nombre

de petites plaies superficielles, d'écorchures, dues au grattage.

Les ganglions inguinaux du malade sont engorgés, gros comme de petites noisettes ; durs, roulants ; sous la peau de chaque côté, dans l'aine, on en trouve une pléiade.

Il existe également dans le triangle sus-claviculaire gauche, un certain nombre de ganglions engorgés.

Les ganglions épitrochléens sont pris de chaque côté.

L'examen de la gorge du malade ne montre rien de particulier.

Cœur. — Léger souffle présystolique ; léger dédoublement à la base.

Foie. — Plutôt petit.

Rate. — Un peu grosse.

L'appétit est resté très-bon.

L'urine ne contient ni albumine, ni sucre.

Traitement. — 8 *Février.* — Bains; iod. pot. 2 gr. Vin de quinquina.

13 *Février.* — L'éruption pâlit, les saillies boutonneuses s'affaissent. — On supprime l'iodure de potassium; vin de quinquina ; sirop d'iodure de fer.

24. — L'éruption a presque complétement disparu.

29. — Parti pour Vincennes. L'état général était très-satisfaisant. L'éruption de la peau avait disparu ne laissant que les traces pigmentées des cicatrices.

Obs. XXXII. — *Zona. Albuminurie transitoire. Absence de névralgies consécutives.*

Le nommé O... Gustave, âgé de 16 ans, imprimeur ; entré le 8 février 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 13 bis.

Antécédents. — Rougeole. Variole.

Intoxication saturnine (fin d'avril 1876). (Légères coliques).

Renseignements. — Ce malade raconte que lundi, 5 fé-

vrier, il éprouva du malaise et de la fatigue, qu'il ne sut à quelle cause attribuer. Mais le phénomène qu'il a surtout remarqué, c'est que la flanelle qu'il portait, le gênait beaucoup sur le côté droit du thorax. Le soir en rentrant, il fait regarder par quelqu'un l'endroit où il souffrait et l'on remarqua une plaque rouge. On y appliqua de l'eau de guimauve et divers émollients qui ne changèrent rien à la situation.

Cet état alla en s'aggravant les jours suivants, et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

État actuel. — On constate un léger état fébrile. La langue est blanche et le malade accuse un certain malaise. Il attire surtout l'attention sur la douleur qu'il éprouve dans le côté, par suite du frottement de sa flanelle. On aperçoit, en cette région, au-dessus du sein droit, une plaque rouge de la largeur d'une pièce de 5 centimes environ; plus en arrière, une autre plaque semblable, mais plus petite, et une troisième sur l'épine dorsale, large comme une pièce de 5 francs en argent, et ne dépassant presque pas la ligne médiane.

Ces plaques sont uniformément rouges, et parsemées de petites vésicules remplies d'une sérosité jaunâtre. Dans l'intervalle des plaques, on trouve quelques vésicules isolées.

Ces plaques sont douloureuses à la pression, même légère, et l'on provoque une sensation de cuisson même un peu en dehors de leurs bords.

Il n'y a d'ailleurs aucune douleur spontanée pouvant être rapportée à une névralgie intercostale et l'on ne découvre pas de points douloureux sur le trajet des nerfs intercostaux ou au niveau de la région rachidienne.

Léger souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux du cou.

Les urines sont claires et présentent après l'addition

d'acide azotique, un diaphragme d'acide urique et une notable quantité d'albumine.

Traitement. — On donne au malade 15 gr. d'huile de ricin. Au bout de quelques jours, l'appétit était revenu. — Le 12 février, il n'y avait plus d'albumine dans l'urine.

Les plaques se sont peu à peu séchées. La peau, au bout de 12 jours, a repris à peu près son aspect normal : cependant il y a encore des taches rougeâtres, correspondant aux plaques guéries de zona. Pas de névralgies consécutives.

Le malade est revenu nous voir au mois de mai; il n'a jamais eu de névralgies.

Obs. XXXIII. — *Érysipèle de la face.* — *Albuminurie passagère.*

Le nommé R... Albert, âgé de 27 ans, garçon épicier.

Entré le 27 avril 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 12.

Antécédents. — N'a jamais été malade.

18 *Avril.* — *Renseignements.* — Il y a 8 jours que ce malade a éprouvé une courbature et un malaise léger, auquel il ne fit pas attention.

Les jours suivants il continua son travail.

21 *Avril.* — Au bout de 3 jours il ressentit un léger mal de gorge qui disparut le lendemain.

22 *Avril.* — Ce jour-là il fut repris de malaise et de courbature intense, telle, qu'il fut obligé d'aller se coucher.

24 *Avril.* — Deux jours après il sentit des ganglions sous-maxillaires engorgés.

25 *Avril.* — Le malaise général est plus grand, la fièvre vive; le lendemain, 26 avril, l'état général est mauvais; le malade garde le lit. Déjà la peau de la face était rouge, douloureuse à la pression; les angles internes des deux yeux étaient tuméfiés.

27 *Avril.* — *Etat actuel.* — Les deux joues et les deux

paupières sont envahies par une rougeur érysipélateuse, avec gonflement considérable de la peau. Le menton est respecté.

L'érysipèle occupe aussi la partie supérieure du front; il s'étend sur le cuir chevelu, mais pas très-loin.

De chaque côté du nez, phlyctènes assez étendues.

Les paupières restent encore ouvertes.

T. A. — 39°, 6′.

Les yeux sont fermés par suite du gonflement des paupières.

Rien du côté du cœur, ni du côté des poumons. — Constipation; langue blanche, saburrale; perte de l'appétit.

Examen des urines. — Point d'albumine à son entrée; urines foncées, rares.

Traitement. — Sulfate de soude : 30 gr. Badigeonnage des parties occupées par l'érysipèle, avec de l'huile d'amandes douces.

28 *Avril.* — Un peu d'albumine dans les urines.

29 *Avril.* — L'albumine augmente, la fièvre est plus intense; malaise considérable. Insomnie, agitation nocturne avec sub-delirium. Dans la journée il n'y a que de l'abattement. On donne un vomitif (poudre d'ipéca, 2 gram.).

30 *Avril.* — L'ipécacuanha a provoqué non-seulement des vomissements, mais encore des garde-robes liquides. On constate dans les selles des cucurbitains bien reconnaissables de ténia : ce sont des cucurbitains vivants, mobiles et chargés d'œufs. Le malade, interrogé plus tard pour savoir s'il a déjà rendu des segments de ténia, répond qu'il ne s'en est jamais aperçu.

On trouve beaucoup d'albumine dans l'urine.

1er *Mai.* — Beaucoup d'albumine. L'érysipèle ne poursuit pas sa marche envahissante. Il tend même à rétrocéder.

4 *Mai.* — Dépôt d'urates, considérable. Plus d'albumine. L'érysipèle a beaucoup diminué. Les yeux s'ouvrent plus

facilement. Les nuits sont bonnes. La fièvre est tombée.

5 *Mai.* — Rétention d'urine. On est obligé de sonder le malade. Point d'albumine.

6 *Mai.* — Il se lève et urine seul. Un peu d'albumine. Ce jour, le malade est repris d'un léger mouvement fébrile.

7, 8, 9 Mai } Léger nuage d'albumine; encore un peu d'état gastrique.

Le 10 mai, l'albuminurie avait disparu. L'état général du malade était satisfaisant.

Le 20 mai, rappelé chez lui par sès affaires, il quitte l'hôpital, convalescent. La peau est encore un peu rouge, mais elle n'est plus, ni gonflée, ni douloureuse depuis plusieurs jours.

M. Vulpian attendait que la convalescence du malade fût franchement établie, pour administrer un médicament ténifuge. Le brusque départ de celui-ci n'a pas permis de donner ce médicament.

Obs. XXXIV. — *Erysipèle de la face. — Début par une angine érysipélateuse. — Migration de l'érysipèle vers la face par la trompe d'Eustache du côté gauche, l'oreille moyenne, la membrane du tympan et le conduit auditif externe. — Albuminurie passagère.*

La nommée G... Marie, âgée de 40 ans, cuisinière.

Entrée le 7 août 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 12 bis.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 40 ans, a été réglée à 12 ans et l'a toujours été très-régulièrement.

Comme antécédents morbides, elle aurait eu de la gourme, des gonflements ganglionnaires au cou, et des maux d'yeux.

Elle n'a jamais eu de douleurs rhumatismales.

En ce qui concerne l'hérédité, il n'y a rien à noter.

Il y a 15 jours, elle fut prise d'un mal de gorge assez

fort; elle avalait difficilement et avait de la peine à ouvrir la bouche; en même temps elle eut de la tuméfaction des ganglions lymphatiques de chaque côté du cou, en arrière.

Ce mal de gorge débuta à gauche, passa ensuite à droite, puis, 5 ou 6 jours après, elle éprouva une grande douleur dans l'oreille gauche; il s'écoula du pus par le conduit auditif externe; le pavillon de l'oreille se tuméfia et devint très-rouge.

Le gonflement et la rougeur gagnèrent la face du même côté, envahirent le nez et le front, puis la face du côté opposé.

Au début, elle eut des frissons, de la fièvre et quelques vomissements.

Etat actuel. — La fièvre existe encore le soir, mais elle est peu vive; la langue est blanche, l'appétit à peu près nul, et la constipation opiniâtre; elle n'a jamais eu de diarrhée.

Aujourd'hui elle souffre beaucoup de la tête; la pression sur le sommet de l'occiput est très-douloureuse, et il existe des élancements spontanés, également très-douloureux, qui empêchent le sommeil.

La face, dans presque toute son étendue, est gonflée, d'un rouge vif; cette rougeur s'étend aussi à tout le front et n'occupe pas la région du menton. — Il existe une phlyctène au niveau du nez.

Quelques ganglions douloureux, à droite dans l'espace inter-maxillaire; rien de semblable à gauche.

C'est la première fois que la malade est prise de cette façon.

Elle tousse un peu et on trouve à l'auscultation quelques râles de bronchite, disséminés dans les deux poumons.

Du côté du *cœur*, léger souffle anémique à la base.

Le *foie* et la *rate* sont sains.

L'*urine* est normale et *contient un peu d'albumine*, mais pas de sucre.

Traitement. — On ordonne : sulfate de soude, 30 gram., tisane de chiendent. — Bouillons, potages. — Badigeonnage d'huile d'amandes douces, sur la région douloureuse.

9 *août.* — La rougeur de la face est moins vive. — Toujours un peu d'albumine dans l'urine. — Pilules d'extrait thébaïque de 0,05 centigr., une le soir. — Julep diacode. — Sinapismes sur les membres inférieurs.

10 *août.* — Id.

11 *août.* — Les ganglions sous-maxillaires ne sont presque plus tuméfiés, ni douloureux; la peau de la face est encore rouge, luisante, mais non œdémateuse. Nuage d'albumine dans l'urine.

Les jours suivants l'érysipèle suit son cours normal; au bout de cinq jours, après l'entrée à l'hôpital, l'albuminurie avait disparu.

Obs. XXXV. — *Scrofulose viscérale ; érysipèles de la face. — Troubles dyspeptiques. — Dégénérescence amyloïde, probable, des viscères.*

La nommée C... Marie, âgée de 21 ans, domestique.

Entrée le 5 août 1876, salle Ste-Madeleine, lit nº 19.

Antécédents. — Père vivant, mais d'une santé peu satisfaisante : il tousse habituellement et a souvent mal aux yeux; mère vivante, affectée d'un eczéma. Trois frères et deux sœurs, bien portants.

Cette femme a, elle-même, été assez bien portante jusqu'à l'âge de 7 ans ; elle eut alors un abcès dans les environs du sac lacrymal gauche. Cet abcès s'ouvrit seul ; elle a eu, vers cette époque, de fréquentes blépharites ciliaires, avec conjonctivites.

Vers dix ans, engorgement des glandes sous-maxillaires et augmentation de volume des lèvres ; elle s'enrhumait facilement à cette époque.

Fonctions digestives médiocres ; vomissements fréquents ;

vers 13 ans, maladie de trois mois, avec délire et perte de sensibilité du côté droit.

Réglée à 16 ans régulièrement ; leucorrhée dès l'âge de 12 ans ; depuis 3 ans, menstrues irrégulières.

Depuis quatre ans cette malade a été *souvent affectée d'érysipèle de la face;* elle aurait eu une trentaine d'attaques de cette maladie.

A cette époque, elle a été soignée à la Charité chez M. Empis, d'une hydarthrose du genou droit, survenue à la suite d'un érysipèle facial.

Il y a cinq ans, attaque de rhumatisme polyarticulaire ; 6 mois de durée : la main droite était surtout prise ; pas de palpitations à ce moment ; il en existe depuis trois ans et la malade s'essouffle facilement.

Après sa sortie de l'hôpital, il y a quatre ans, gonflement énorme du ventre, et du ventre seul ; sensation douloureuse de brûlure dans l'abdomen, et dans le côté droit surtout.

Peu après, gonflement des jambes et des mains, surtout de la droite, quand elle travaillait.

Il y a trois ans, la malade éprouva, à diverses reprises, des étouffements assez violents pour la forcer à s'asseoir dans son lit.

Depuis deux ans, les troubles dyspeptiques ont été très-accusés et accompagnés fréquemment de gonflement du ventre ; ces accidents ont été traités par le lait et le chiendent nitré.

Cette malade a eu, il y a six semaines, des crampes dans le mollet droit, crampes douloureuses qui se reproduisirent plusieurs jours de suite.

Elle souffre souvent dans les reins.

Etat actuel. — 6 *Août.* — Elle entre à l'hôpital parce qu'elle se sent très-faible ; elle souffre de son genou droit, sur lequel on a appliqué un vésicatoire il y a huit jours.

Œdème de la face, du côté gauche; la malade se plaint toujours de douleurs dans le flanc gauche se propageant au côté du thorax.

Figure pâle, légèrement bouffie; lèvres grosses, tuméfiées; le nez est épaté, épaissi; pas d'éruptions. Traces de blépharites ciliaires. Cicatrices partant du sac lacrymal gauche, au-dessous de la paupière inférieure.

Douleurs fulgurantes dans l'abdomen s'irradiant vers l'épigastre et surtout vers les reins; ventre de nouveau augmenté de volume. Tympanisme considérable. Les digestions sont très-pénibles; la malade se plaint de beaucoup souffrir au creux de l'estomac; elle vomit souvent. Alternatives de diarrhée et de constipation; malgré cela, l'embonpoint est assez considérable. La peau est fine, blanche. — Souffle doux à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou; rien au poumon.

Les ganglions sous-maxillaires sont un peu durs, roulants, non douloureux.

Pas de traces de cicatrices sur la peau; ni albumine, ni sucre dans les urines; légers frissons de temps en temps.

Traitement. — 12 *Août.* — État gastrique fébrile, langue saburrale. Poudre d'ipéca : 1 gr. 50. Depuis ce jour, la malade est prise d'accès de fièvre, revenant sans aucune régularité; la rate est toujours grosse et la malade se plaint de fréquentes douleurs dans l'hypochondre gauche. On donne du sulfate de quinine, pendant huit jours, mais sans résultat. Les mois de septembre, octobre, novembre, se passent sans qu'il y ait d'accidents morbides bien notables. Mais l'état dyspeptique ne s'amende pas pendant ce temps : la malade est prise d'indigestion à propos du moindre changement dans la nourriture. En outre des douleurs vagues, mobiles, quelquefois très-pénibles, se montrent fréquemment dans la région des hypochondres, dans le dos, les reins. — Le traitement a consisté en vin

antiscorbutique, en sirop d'iodure de fer et en granules de dioscoride.

6 *Décembre.* — Érysipèle de la face. Ce serait le trentième environ depuis quatre ans.

Pas d'albuminurie; polyurie, 2 litres par nuit.

11 *Décembre.* — L'érysipèle a disparu sur la face ; encore un peu de douleur dans le cuir chevelu.

Les règles, qui étaient finies depuis quinze jours, ont reparu pendant l'érysipèle.

16 *Décembre.* — La malade se plaint de nouveau d'un peu de douleur au niveau du grand angle de l'œil droit et de la racine du nez ; pas de rougeur.

19 *Décembre.* — La malade mange un peu, et vomit abondamment; réapparition de la rougeur érysipélateuse à la racine du nez, et sur l'oreille gauche.

20 *Décembre.* — Presque plus de rougeur sur la figure ; douleurs assez vives dans le conduit auditif gauche.

21 *Décembre.* — Toujours un peu de rougeur autour du conduit auditif externe gauche ; la malade n'entend presque pas de cette oreille-là ; inappétence, nausées.

Les points douloureux mobiles dans les reins, au creux de l'estomac, dans les côtés, persistent. La polyurie a diminué.

On fait à la malade, chaque jour, deux injections, contenant chacune deux centigrammes de chlorhydrate de morphine.

22 *Décembre.* — Toujours des douleurs dans l'oreille. La malade s'est aperçue de la présence d'une petite tumeur molle, fluctuante, dans l'épaisseur du cuir chevelu, au niveau du pariétal, un peu à droite de la ligne médiane.

24 *Décembre.* — On incise, avec une lancette, l'abcès du cuir chevelu; il s'écoule un peu de pus.

26 *Décembre.* — Les douleurs vagues dans le ventre et

le côté continuent, mais moins fortes. L'abcès du cuir chevelu est guéri.

1877. Rien de nouveau cette année jusqu'au 7 février.

7 *Février*. — La malade est sortie ce jour; elle prétend n'avoir pas fait d'excès dans son alimentation, mais elle aurait été forcée de marcher beaucoup pour rentrer à l'hôpital.

8 *Février*. — Aspect typhique; malaise; céphalalgie intense; bourdonnements d'oreilles; vomissements bilieux; insomnie. Fièvre le soir, sueurs la nuit; vulve enflée.

8 et 12 *Février*. — Même état gastrique.

14 *Février*. — Diarrhée assez abondante.

16 *Février*. — En examinant soigneusement, on voit des taches rosées lenticulaires sur le ventre.

18 *Février*. — Ces taches sont très-manifestes.

20 *Février*. — Elles sont disparues. Épistaxis répétées; de même les jours suivants, 21, 22, 23 février. La fièvre typhoïde suit sa marche régulière.

24 *Février*. — L'état typhoïde est un peu amendé.

25 *Février*. — Amélioration; la céphalalgie persiste du côté gauche de la tête.

1er *Mars*. — La fièvre typhoïde a été, en somme, très-légère; l'état général est bon.

Cette malade, ayant séjourné dans les salles, pendant toute la durée de l'épidémie de fièvre typhoïde de l'année dernière, et du commencement de cette année, n'a pas eu la maladie à cette époque, quoique alors, sur 53 lits, il y eût 25 typhiques; c'est au moment où l'épidémie avait disparu complétement de l'hôpital qu'elle a été atteinte de dothiénentérie.

25 *Mars*. — La malade quitte l'hôpital ce jour; sous l'influence du vin anti-scorbutique et du sirop d'iodure de fer, l'état général s'est un peu amélioré; la figure est moins pâle, un peu moins bouffie; mais les troubles fonctionnels des reins, de l'estomac, de l'intestin, existent encore, ainsi que les douleurs du ventre, des hypochondres.

CHAPITRE III

MALADIES DU CŒUR

Parmi les nombreuses maladies du cœur observées cette année dans le service, j'ai choisi celles qui ont présenté, pendant leurs évolutions, certaines particularités cliniques intéressantes à mettre en relief.

L'histoire des maladies du cœur, constituée par les mémorables travaux de M. Bouillaud, a été complétée par les recherches de nombreux auteurs. Il est cependant des points de cette histoire sur lesquels nos connaissances ne sont pas encore suffisamment précises. Il en est ainsi, notamment, pour ce qui concerne les modifications passagères ou durables que peuvent présenter les signes des affections aiguës du cœur, ou les affections chroniques de cet organe, dans leur période d'état. Ces modifications correspondent évidemment à des changements, également passagers ou durables, soit des conditions nerveuses ou musculaires du mouvement du cœur, soit de l'état des orifices.

Or, comme l'a montré si souvent M. le professeur Vulpian dans son service, ces variations, loin d'être absolument incohérentes, imprévues, quels que soient les cas,

offrent au contraire assez fréquemment des caractères d'alternance, pour ainsi dire réglés. C'est ce qu'on voit surtout dans les cas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ou d'insuffisance de la valvule mitrale. J'ai réuni une trentaine d'observations que j'ai recueillies dans le service de M. Vulpian, sous sa direction, à l'hôpital de la Pitié, observations qui mettent dans tout leur jour, et l'évolution des affections aiguës du cœur et leur symptomatologie, et ces variations dont je parlais tout à l'heure. Je compte publier prochainement ces faits.

Un second point n'a peut-être pas non plus été assez précisé. Nous possédons de remarquables articles dans lesquels se trouvent décrits de mains de maîtres, les symptômes de l'*asystolie*, et cependant l'on n'a peut-être pas assez nettement indiqué les physionomies diverses que peuvent prendre les graves accidents étudiés sous cette dénomination. J'ai assisté à une remarquable conférence faite par M. le Dr Grancher sur ce sujet, et je crois utile de résumer en quelques mots les idées exposées par ce savant médecin.

Je n'ai point à reprendre ici le tableau de l'asystolie, tableau si connu aujourd'hui; ce que je veux mettre en relief, ce sont les changements imprimés à ce tableau, ou par le mode de début de l'attaque d'asystolie, ou par la modification plus ou moins profonde, dépendant de l'affaiblissement de la contractilité cardiaque, apportée dans le fonctionnement physiologique de tel ou tel appareil.

Comme on le sait, l'état asystolique est essentiellement contenu dans cette formule physiologique : tension artérielle, au minimum; tension veineuse, au maximum; d'où résultent les congestions passives dans tous les organes, les œdèmes, etc. Tous les organes subissent donc le contre-coup de l'asystolie; tous y résistent plus ou moins, mais à un certain moment, ils finissent par céder, et alors

la symptomatologie spéciale, qui leur appartient en propre, prime souvent tout le tableau de l'asystolie, en donnant une physionomie à part à l'état général qui a été créé par suite de l'affaiblissement du cœur. Il en est ainsi, non-seulement dans l'asystolie cardiaque, mais aussi dans l'*asystolie pulmonaire;* j'en rapporte plus loin un très-bel exemple.

Puisque l'asystolie a le fâcheux privilége d'influencer tous les organes, on conçoit que les phénomènes généraux, précurseurs de ce trouble morbide, seront essentiellement variables, suivant l'appareil qui, le premier, traduira symptomatiquement son fonctionnement anormal. C'est pour cette raison que tantôt l'attaque d'asystolie commencera par des troubles gastriques : vomissements, troubles dyspeptiques, etc.; tantôt par des troubles intestinaux : diarrhée, etc.; ou bien par des troubles de la sécrétion rénale : polyurie, etc.; ou par des troubles de la fonction du foie : congestion, ictère; ou par ceux du cerveau : délire, coma, migraine, etc.; du poumon : congestions, bronchites, apoplexie pulmonaire, etc. Aussi les malades savent-ils très-bien reconnaître le début de leur asystolie, et au moment où apparaissent les premiers accidents, ils viennent d'eux-mêmes, pour savoir ce qu'ils doivent faire, parce qu'ils ont l'expérience du passé, qui leur a appris à reconnaître, après quelques attaques, la série des accidents graves qui vont se dérouler, si on ne parvient pas à les enrayer, ou, tout au moins, à les restreindre.

On conçoit aussi les variations du tableau clinique lorsque les attaques d'asystolie se sont répétées un certain nombre de fois. Il peut arriver, en effet, comme je l'ai déjà dit, qu'un organe soit plus lésé que les autres, et alors, dans l'asystolie cardiaque, comme dans l'asystolie pulmonaire, ce qui domine tout le tableau, c'est l'appareil symptomatique spécial à l'organe lésé le plus profondé-

ment; dans un cas, c'est le foie; dans un autre, l'estomac; ou bien ce sont : les poumons, le cerveau, les reins, etc., qui donneront à ce tableau sa physionomie spéciale, à cause des symptômes particuliers qui accusent leurs lésions. Les observations XXXVIII, XXXIX, XL, XLI et XLII sont de beaux exemples de ces faits. Dans la première observation, la malade, suivie pendant longtemps, a toujours vu l'asystolie débuter par des troubles gastriques, avec vomissements; puis l'état dyspeptique s'est pour ainsi dire établi en permanence, et chaque fois il est le trait saillant du tableau clinique. Dans la seconde observation, qui concerne une systolie pulmonaire, ce qui domine, c'est la cirrhose hépatique, avec l'ascite; de plus, souvent le malade avait des troubles cérébraux dus certainement à une circulation encéphalique défectueuse. La troisième malade offre un état asystolique, caractérisé au début surtout par de la polyurie, et des troubles cérébraux. Chez la malade de la quatrième observation, il y a eu de fréquentes pertes utérines, au moment des phases d'augment de la dypsnée. Enfin, chez le cinquième malade, ce qui a été le plus marqué, ce sont les accidents pulmonaires.

Ces observations, ainsi que celles qui les précèdent, présentent encore certains détails importants.

— L'observation XXXVI est un bel exemple d'endocardite, développée dans le cours d'un rhumatisme articulaire sub-aigu, à manifestations vagues, peu accentuées.

— L'observation XXXVII est l'histoire d'une malade atteinte, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une double altération valvulaire, mitrale et aortique : rétrécissement mitral avec insuffisance et rétrécissement aortique. Le côté intéressant de l'histoire clinique est celui relatif aux variations des bruits de souffle. Lorsque, en effet, on auscultait la pointe du cœur, les résultats de l'auscultation n'étaient point les mêmes tous les jours. Parfois

même ils changeaient d'un moment à l'autre, suivant que la malade était au repos depuis un certain temps ou qu'elle venait de se mouvoir ou d'éprouver une émotion quelque peu vive, ou enfin suivant l'état de ses poumons, suivant qu'elle avait ou non la fièvre, etc. Dans les conditions de tranquillité relative du cœur, on entendait un roulement présystolique se terminant au moment du choc de la pointe du cœur, et un dédoublement du second bruit suivi immédiatement d'un souffle bref, bien net. Dans d'autres cas, il n'y avait plus de dédoublement bien reconnaissable pour le second bruit, plus de roulement présystolique, mais un souffle systolique et un souffle diastolique (je ne parle que de l'auscultation de la pointe). Parfois on n'entendait que le souffle diastolique; d'autres fois, il n'y avait qu'un souffle au premier temps : c'est ce qui avait lieu dans les cas d'accélération des mouvements du cœur. Lorsque cette accélération augmentait et coïncidait avec des phénomènes d'asystolie, on n'entendait plus aucun bruit de souffle.

On sait à combien de théories, de discussions souvent passionnées, a donné lieu l'histoire clinique du rétrécissement mitral. Parmi les observateurs, les uns affirment que toujours le souffle était au premier temps, les autres que toujours il était au second temps; plus tard, le souffle présystolique, signalé d'abord par M. Gendrin, puis étudié avec soin par M. Fauvel, qui en fit voir la véritable signification, devint pour la plupart des cliniciens le signe propre du rétrécissement de l'orifice mitral. Plus tard encore, M. Hérard montre que ce rétrécissement peut s'accuser réellement aussi par un souffle au second temps ayant son maximum à la pointe du cœur. C'est dans ces deux dernières données que se trouve la vérité clinique. Et ce qui prouve le mieux que le rétrécissement peut ainsi se traduire soit par un souffle ou par un roulement présystolique, soit par un souffle au second temps et à

la pointe, c'est ce fait que M. Vulpian a si souvent constaté et montré dans son service, à savoir : que chez le même malade, on peut, à des moments variés, par suite de diverses influences, entendre tantôt un roulement présystolique, tantôt un souffle diastolique de la pointe, tantôt même, ce qui est fréquent, les deux phénomènes pour chaque révolution du cœur. Lorsqu'on réfléchit aux conditions qui peuvent faire varier un bruit de souffle : étroitesse plus ou moins prononcée des ouvertures auriculo-ventriculaires, tension plus ou moins forte du sang, réplétion sanguine plus ou moins considérable des cavités, état de la contractilité cardiaque, fonctionnement de l'appareil nerveux du cœur, etc., on comprend aisément les variations du phénomène physique.

— L'observation XL est un exemple d'une lésion rare; du *rétrécissement sous-aortique;* dans le cas particulier, le fait est des plus évidents. M. Vulpian, dans ses cours, a insisté bien des fois sur les conditions de production de cette lésion de *canalisation* et sur les caractères du signe d'auscultation par lequel elle se traduit. Ce signe est un souffle bref, plus ou moins râpeux, ayant son maximum au premier temps et au milieu de la hauteur de la région précordiale. Ce rétrécissement est d'ordinaire le résultat d'une altération de la valvule mitrale, avec diminution de la largeur de la base du repli droit de cette valvule. Pour peu que la partie supérieure de la cloison interventriculaire soit saillante dans l'infundibulum aortique, comme cela a lieu souvent lorsqu'il y a hypertrophie du myocarde, il se produit un rétrécissement de cet infundibulum en ce point. Ce rétrécissement est placé à une certaine distance au-dessous des valvules aortiques. Lors de l'autopsie, on constate facilement que l'on peut à peine introduire les extrémités de deux doigts dans la partie rétrécie de l'infundibulum aortique. Parfois même un doigt s'y trouve un peu serré; mais

il est rare que le rétrécissement atteigne ce degré. L'étroitesse de l'infundibulum aortique en ce point n'étant pas plus considérable, il faut, comme le dit M. Vulpian, pour qu'il se produise un souffle, que les contractions du ventricule gauche soient énergiques. Aussi doit-on croire à l'existence d'un certain degré d'hypertrophie des parois de ce ventricule lorsqu'on perçoit le bruit de souffle dont nous venons de parler. Dans l'observation dont il s'agit, le bruit de souffle s'entendait dans l'intervalle des deux bruits normaux, mais c'est là une particularité qui ne dépend pas directement du siége du rétrécissement, et qui doit être attribuée plutôt au mode de projection de l'ondée ventriculaire gauche dans l'aorte. Il est probable qu'au moment de la production du premier bruit normal (qui, d'après M. Vulpian, serait dû surtout au début de la contraction même des ventricules, c'est-à-dire au changement brusque d'état du muscle cardiaque) une petite quantité de sang seulement était lancée au travers du trajet ventriculo-aortique : ce n'est qu'au moment où cette contraction s'achevait, en devenant plus énergique, que le volume de l'ondée sanguine et la rapidité de son mouvement au travers du passage rétréci devenaient suffisants pour donner lieu à un souffle. C'est d'ailleurs là une circonstance qui pourrait se présenter aussi dans des cas de rétrécissements valvulaires aortiques.

L'intérêt des autres observations est dans les détails cliniques rapportés plus haut, à propos de l'asystolie.

Obs. XXXVI. — *Insuffisance mitrale dans le cours d'un rhumatisme articulaire sub-aigu.*

La nommée F... Célestine, âgée de 40 ans, domestique. Entrée le 21 juin 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 7.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 40 ans, est domestique.

Réglée à 16 ans, elle l'a toujours été très-régulièrement.

On ne relève aucun symptôme de scrofule dans les antécédents. Dès son enfance, la malade aurait eu souvent des *douleurs passagères dans les diverses articulations.*

Depuis longtemps, elle est atteinte de palpitations de cœur très-fréquentes; elle s'essouffle facilement pour peu qu'elle marche vite; de plus, ses jambes sont devenues très-faibles depuis quelques mois et elle ne peut rester debout, ni marcher longtemps.

Au niveau des articulations tibio-tarsiennes, il se montre souvent un gonflement notable le soir, quand elle s'est fatiguée un peu dans la journée.

Elle est très-sujette aux migraines, et elle a eu pendant longtemps des névralgies, qui, du reste, n'étaient pas bien localisées et parcouraient les diverses parties du corps.

Il y a 3 semaines, elle raconte qu'il survint un gonflement très-considérable au niveau des deux cous-de-pied.

Ce gonflement parvint à son maximum en 1 ou 2 jours; il était tel que la région offrait un volume plus considérable que celui de la jambe; il envahissait le pied en bas et remontait jusqu'à trois et quatre travers de doigt audessus des deux malléoles.

Ce gonflement disparut complétement il y a 8 jours; il ne fut pas accompagné de symptômes particuliers; cependant la malade fut obligée de garder le lit, la station debout étant assez douloureuse. La fièvre a été très-modérée.

Etat actuel. — La malade est de taille moyenne; facies un peu anémique. — Léger degré de cyanose des lèvres. — La peau a sa température normale. — Elle se plaint d'éprouver des élancements douloureux dans les coudes, les poignets et les cous-de-pied. — La station debout est assez pénible. — Les coudes et les poignets ne sont pas tuméfiés; douleurs assez vives, à la pression de ces parties.

Il existe, encore aujourd'hui, un peu d'œdème perceptible à la pression, au niveau des malléoles; de plus le dos du pied, des deux côtés, est couvert de marbrures très-nettes, lui donnant une teinte rougeâtre, un peu cyanique.

Ces marbrures sont moins marquées au niveau des cous-de-pied et de la partie antérieure de la jambe.

La palpation, sur ces régions, fait constater une diminution de la température.

La malade se plaint de palpitations, d'essoufflements, de faiblesse très-grande dans les deux jambes; elle a peu d'appétit; constipation très-opiniâtre.

La vue depuis quelques mois est altérée; la malade voit des brouillards; ces troubles de la vue semblent augmenter tous les jours d'intensité.

L'*urine* est rouge, peu abondante et ne contient ni albumine ni sucre.

La malade ne tousse pas; du reste l'examen des poumons ne fait rien constater d'anormal.

L'*examen du cœur* fait entendre à la pointe et au premier temps un souffle assez rude, souffle se propageant dans l'aisselle et un peu vers l'appendice xiphoïde. Frémissement léger à la pointe. — Pas de voussure précordiale apparente. — La pointe du cœur bat dans le 7e espace intercostal; léger degré d'hypertrophie cardiaqne, accusé à la percussion. Le pouls est petit, régulier et sans intermittence.

A la base du cœur, on ne constate rien d'anormal.

Elle quitte l'hôpital, le 2 juillet, sensiblement améliorée.

Traitement. — On lui a donné, pendant trois jours, six grammes de salicylate de soude; les douleurs articulaires ont disparu très-rapidement. De plus, badigeonnage de teinture d'iode sur la région précordiale. — Une pilule de poudre de feuilles de digitale (0 gr. 10) chaque jour.

Le souffle du cœur paraît être un peu moins rude; les

douleurs articulaires sont très-amendées ; l'état général est bon.

Obs. XXXVII. — *Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et insuffisance de la valvule mitrale. — Rétrécissement aortique. — Variations des bruits de souffle suivant les moments de l'examen.*

La nommée Gabrielle, âgée de 37 ans, domestique.

Entrée le 23 novembre 1876, salle Sainte-Madeleine, lit nº 5.

Antécédents. — Cette malade, âgée de 37 ans, habite Paris depuis 1867. Elle n'a pas eu d'enfants.

Elle n'a jamais connu ni son père, ni sa mère.

Dans son enfance elle a eu des gonflements ganglionnaires cervicaux ; elle a eu aussi des maux d'oreilles avec écoulement de sérosité.

Elle a été réglée à 17 ans et depuis lors ses règles ont toujours été régulières.

Peu de temps après ses premières règles, elle fut atteinte de variole ; elle garda le lit pendant 3 semaines ; elle habitait à cette époque la campagne, aux environs de Lyon.

La même année, à 17 ans, elle fut subitement prise de douleurs très-vives, avec gonflement et rougeur très-marqués des articulations de tous les membres et surtout des genoux. Jusqu'alors, elle n'avait jamais eu de douleurs, même légères, dans les jointures ou dans la continuité des membres.

Elle entra à l'hôpital à Lyon où elle resta 3 semaines au lit.

Elle raconte que, pendant tout ce temps, elle eut une fièvre très-vive, avec des sueurs abondantes et quelques palpitations de cœur, mais d'une façon peu marquée.

A dater de l'âge de 20 ans, elle a eu de fréquents maux de gorge. Ils ne se sont plus montrés depuis quelques années.

A 28 ans, elle fut prise une seconde fois de rhumatisme articulaire aigu caractérisé par les mêmes symptômes que ceux de la première attaque, c'est-à-dire par de la fièvre vive, des douleurs, du gonflement et de la rougeur de toutes les articulations des membres et surtout des genoux.

Cette seconde fois, les palpitations, dit-elle, furent plus intenses et durèrent plus longtemps que la première fois. Pendant cette seconde reprise de l'affection, qui dura 3 mois, elle fut soignée dans le pays qu'elle habitait auprès de Lyon.

A l'âge de 31 ans, accès de douleurs névralgiques du côté gauche de la tête, avec gonflement assez marqué et rougeur intense de la peau de la face.

Le gonflement dura environ 15 jours; et, depuis, elle a eu souvent des douleurs névralgiques de ce même côté du visage.

En 1875, au mois de mai, elle eut un érysipèle à la face et du cuir chevelu, qui dura six semaines. Elle dit avoir alors perdu ses cheveux. Elle fut soignée à la Charité par M. Hayem.

Quelque temps après, elle y entra de nouveau pour une troisième reprise de rhumatisme articulaire aigu. Cette fois, elle fut malade six semaines; elle eut encore toutes les articulations prises, surtout les genoux, mais d'une façon moins marquée que les deux premières fois.

En revanche, les symptômes du côté du cœur furent très-accusés. Elle éprouva alors des douleurs vives dans la région précordiale, douleurs qui furent accompagnées de palpitations très-fortes.

Pendant cette troisième attaque, elle aurait eu du délire, des maux de tête violents et de la constipation ; mais sur ce point la malade ne donne pas des renseignements très-nets.

Elle n'a jamais été atteinte de maladie sérieuse de poi-

trine, à part quelques rhumes qui, chaque fois, auraient duré un mois ou un mois et demi environ.

Etat actuel. — Aujourd'hui la malade est à l'hôpital pour des symptômes cardiaques.

C'est une femme petite, assez maigre — très-impressionnable.

Son visage est pâle; les pommettes des joues sont un peu marbrées; les lèvres, légèrement cyanosées.

Etat de dyspnée habituelle. La parole est brève, entrecoupée; la malade ne peut prononcer de longues phrases sans être obligée de s'interrompre.

La santé générale est assez bonne; il n'existe pas de fièvre.

La malade se plaint d'une sensation d'oppression très-marquée à gauche; cette sensation est souvent accompagnée d'une douleur assez forte qui occupe la région précordiale et remonte vers l'épaule gauche.

Les palpitations sont continuelles, mais leur intensité varie d'un moment à l'autre. Elles reviennent *par accès douloureux* cinq à six fois par jour, plus souvent la nuit; aussi le sommeil est-il presque impossible.

La percussion de la région précordiale indique une étendue de la matité plus considérable que dans l'état normal: la pointe du cœur bat dans le 6e espace intercostal.

A l'auscultation, on entend au premier temps et à la pointe, un bruit présystolique très-intense, avec dédoublement du second bruit.

A la base et *au premier temps*, il y a aussi un souffle rude, surtout marqué au niveau de l'orifice aortique.

A la palpation, en dehors des accès de palpitations, on ne sent rien de bien anormal dans la force et le rhythme des bruits du cœur; on perçoit pourtant une sensation de frémissement peu marquée, se produisant par instants seulement.

Le pouls est mou, dépressible et faible; le tracé au sphygmographe l'indique, et montre, en même temps, quelques irrégularités.

Du côté des autres appareils, il n'y a rien d'anormal à signaler. La malade mange bien, digère bien.

On trouve un peu de submatité aux sommets des poumons; mais il n'y a rien de net à l'auscultation.

La malade va régulièrement à la selle; mais par moments, elle éprouve de la difficulté pour uriner.

Les urines examinées, ne contiennent pas d'albumine.

Marche de la maladie. Traitement. — On ordonne d'abord une pilule, puis deux pilules de poudre de feuilles de digitale de 0 gr. 10; une cuillerée de sirop d'iodure de fer; vin de quinquina.

20 *janvier* 1877. — La malade a été prise, hier, de frissons avec point de côté gauche.

Elle était très-oppressée.

Elle a eu de la fièvre la nuit, avec sueurs.

Ce matin, la peau est encore chaude; le pouls est fréquent; la malade tousse et a un certain degré de dyspnée. Le point de côté est assez intense.

L'examen de la poitrine montre l'existence de râles de bronchite, généralisés, surtout marqués en arrière; en outre, on entend du souffle et de l'égophonie vers la partie moyenne et postérieure du côté gauche du thorax.

Un vésicatoire fut appliqué ; la douleur disparut avec l'oppression ; mais la toux, les râles et le souffle pleurétique persistèrent.

22 *janvier.* — Les signes de pleurésie existent encore. L'auscultation de la pointe du cœur fait entendre un souffle au second temps des plus nets.

23 *janvier.* — A la pointe du cœur, on entend un roulement présystolique, avec dédoublement du second bruit;

immédiatement après ce dédoublement, on perçoit un léger souffle, bref et bien net. En outre, il y a un souffle assez fort à la base et au premier temps.

24-25 *janvier*. — Mêmes phénomènes d'auscultation.

26 *janvier*. — Roulement présystolique, sans souffle au second temps.

29 *janvier*. — Roulement diastolique : pas de souffle.

30 *janvier*. — *Eruption d'eczéma autour des malléoles*, au pied gauche ; le lendemain, elle eut une éruption d'érythème papuleux au niveau de la rotule à droite. En même temps, elle éprouva des douleurs dans les articulations des membres inférieurs. Ces douleurs se montrèrent ensuite aux membres supérieurs et ont persisté depuis ce moment.

Sulfate de quinine 1 gr. en deux paquets. Chiendent nitré.

8 *Février*. — Le souffle pleurétique a disparu ; mais les râles existent encore aujourd'hui.

Quant aux bruits du cœur, ils offrent toujours les mêmes variations. Le plus souvent on n'entend à la pointe qu'un roulement présystolique d'une netteté remarquable. (Bien des fois M. Vulpian a montré ce cas comme un type de cette sorte de bruit, caractérisant le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche). Dans d'autres circonstances, il y a, en même temps, un dédoublement du second bruit à la pointe, avec ou sans souffle consécutif. Un autre jour et à un autre moment, on entend deux souffles à la pointe, sans roulement présystolique; il y a un souffle net mais peu fort, au moment de la systole ventriculaire et un souffle plus fort au second temps, le deuxième bruit n'étant pas dédoublé. Parfois, on ne perçoit bien à la pointe que ce dernier souffle. Quant au souffle du premier temps et de la base, il est toujours le même.

La malade a de la fièvre et sue beaucoup. Les douleurs l'empêchent de dormir.

21 *Février*. — Les accidents disparaissent peu à peu, et la malade arrive à ne plus souffrir, mais elle conserve un peu de toux continuelle.

Dans le courant du mois de mars, les variations des bruits morbides de la pointe du cœur se sont produites plusieurs fois. Elle quitte l'hôpital le 12 mars 1877, conservant ses souffles, à la pointe et à la base.

Le 18 mai 1877, elle rentre à l'hôpital avec des accès d'étouffements, et une toux très-intense. — La dyspnée qui avait en partie disparu, est revenue. — Un peu d'œdème des membres inférieurs. — Le cœur est dans le même état physique; on perçoit le plus souvent les bruits suivants : Roulement systolique à la pointe et dédoublement du second bruit, suivi d'un bruit de souffle bref; on entend, de plus, un frottement péricardique assez net. Vésicatoire sur la région précordiale.

L'examen des poumons fait trouver des râles de bronchite, râles généralisés.

Les jours suivants, par l'auscultation du cœur, on constate à diverses reprises, à la pointe, tantôt un souffle au deuxième temps, tantôt un roulement diastolique ou un roulement présystolique, avec ou sans souffle au second temps.

Le même état continue aux mois de juin et juillet. Mêmes variations dans les bruits du cœur.

La bronchite a résisté aux vésicatoires, aux opiacés, aux capsules de térébenthine, à la tisane de bourgeons de sapin, au sirop de tolu, à l'acide arsénieux. La malade avait des sueurs continuelles, une abondante expectoration muco-purulente, de l'amaigrissement; de telle sorte que, malgré l'absence de signes positifs, on commençait à craindre le début d'une phthisie.

Pendant le mois de juillet, sur la demande d'un étudiant qui avait déjà recueilli des cas où ce médicament avait

paru efficace, M. Vulpian a donné des capsules d'essence de myrthe, capsules de 2 centigr., 4 par jour. Au bout de dix jours, la bronchite était très-améliorée.

Pendant son second séjour à l'hôpital la malade a pris, en outre des médicaments indiqués plus haut, de la teinture de digitale, du sirop d'iodure de fer.

Le 1er août, l'état général était notablement amendé. — Peu d'amélioration du côté du cœur ; cependant l'état dyspnéique est moins intense qu'au mois de janvier. — Les souffles organiques sont toujours les mêmes; ils présentent, d'ailleurs, les variations, presque quotidiennes, signalées au cours de l'observation.

Obs. XXXVIII. — *Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et insuffisance mitrale. — Plus tard insuffisance aortique. — Attaques d'asystolie, débutant par des troubles gastriques ; état dyspeptique permanent consécutif.*

La nommée B... Marie, âgée de 29 ans, lingère.

Entrée le 28 octobre 1876, salle Ste-Madeleine, lit nº 12.

Cette malade, qui a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu généralisé, a déjà été dans le service de M. Vulpian à la Pitié, en 1871, 1872 et 1873, parce qu'elle souffrait de violentes palpitations de cœur ; de plus, elle était très-oppressée. Depuis lors, elle est restée quatre mois à l'hôpital Cochin, toujours pour des manifestations de son affection cardiaque.

Pendant ce temps, elle a eu deux ou trois fois les pieds enflés; de plus, des palpitations continuelles; elle ressentait, en outre, une douleur assez vive à la région précordiale.

Ces accidents persistant, elle se décide de nouveau à entrer à l'hôpital.

La malade a pris de la digitale presque tous les jours

depuis cinq ans, mais elle la supporte très-difficilement; elle est obligée d'en suspendre fréquemment l'emploi.

La malade ne voit plus ses règles depuis six mois.

État actuel. — Malade assez amaigrie, assez pâle; les yeux sont brillants, un peu saillants; pas de tuméfaction du corps thyroïde; les lèvres sont bleuâtres; les extrémités froides, cyanosées. Dyspnée extrême. — Elle peut à peine parler.

La marche est très-lente, à cause de l'oppression. Les pieds et les jambes sont le siége d'un œdème notable. — Insomnie complète; la malade est constamment réveillée la nuit par des cauchemars. — Perte absolue de l'appétit. — Langue blanche saburrale. — Vomissements incessants, même des aliments liquides.

Il existe presque constamment un état nauséeux; pyrosis; vomituritions. — Douleurs assez vives au creux épigastrique. — Constipation opiniâtre, alternant avec des diarrhées séreuses abondantes.

La malade se plaint de palpitations presque constantes et quand elle n'a pas de palpitations, elle éprouve une douleur assez vive derrière le sternum. Cette douleur s'irradie quelquefois dans le bras gauche.

Pouls faible, mou, irrégulier, intermittent, inégal; il est impossible de prendre le tracé au sphygmographe.

A la palpation de la région précordiale, on perçoit des battements tumultueux accompagnés, dans la région de la pointe, d'un frémissement assez marqué.

A la percussion, on trouve la matité précordiale augmentée surtout en largeur.

La pointe bat dans le sixième espace intercostal, passablement en dehors du mamelon; battements forts, tumultueux.

A l'auscultation, on entend au niveau de la pointe du cœur un souffle prolongé couvrant le premier bruit et

occupant toute la durée du petit silence. Quand les battements du cœur ne sont pas rapides, on perçoit souvent des dédoublements du second bruit et le second bruit dédoublé est quelquefois suivi d'un léger souffle.

L'auscultation de la poitrine et la percussion montrent l'intégrité actuelle de l'appareil respiratoire.

Les urines sont rares, foncées en couleur; elles contiennent un très-léger nuage d'albumine.

Traitement. — Lavement purgatif. — Thé léger. — Potion de Todd. — Forte infusion de café.

30 *octobre.* — Les battements du cœur sont moins tumultueux. — On continue la potion de Todd et le café.

2 *novembre.* — La dyspnée est améliorée; les troubles dyspeptiques sont moins accusés; dans la journée d'hier, la malade a pu supporter, sans le vomir, un peu de bouillon. On donne seulement un peu de café.

5 *novembre.* — Les urines, moins foncées, sont plus abondantes ; elles ne contiennent plus d'albumine. On donne : Poudre de feuilles de digitale, une pilule, puis deux, de 0,10; sirop d'iodure de fer. — Acide arsénieux, 3 pilules de 0,001 milligramme. Au bout de trois semaines, la malade dont l'état est notablement amélioré retourne chez elle.

La malade est rentrée à l'hôpital le 2 janvier 1877, se plaignant d'être très-oppressée; elle y reste jusqu'au 31 janvier; pendant ce mois, elle est prise trois ou quatre fois par semaine et pendant la nuit, d'attaques d'asystolie assez légère; ces attaques d'asystolie ont ceci de particulier qu'elles débutent toujours par des vomissements; ces vomissements avec nausées sont peu abondants, mais se répètent quatre ou cinq fois dans la nuit; ils sont verdâtres, quand la malade est à jeun, ou bien qu'elle vomit ses aliments. Puis la malade devient bleue; les battements du cœur sont intermittents, tumultueux et très-forts; le pouls

est très-faible, fréquent, intermittent, irrégulier, inégal, les extrémités sont froides et la malade a de l'oppression souvent très-intense.

On a de nouveau prescrit de la poudre de feuilles de digitale, du sirop d'iodure de fer; puis du bromure de potassium. Elle sort, sur sa demande, dès qu'elle se sent un peu mieux.

Elle rentre, aujourd'hui 4 février, encore plus oppressée qu'autrefois, avec de violents troubles d'asystolie. Les attaques se reproduisent plus fréquemment et sont plus fortes au début, que la première fois; elles commencent encore par des nausées et des vomissements verdâtres; l'examen de la poitrine révèle des râles de bronchite, disséminés dans les deux poumons.

Pendant le mois de janvier, pendant le commencement de février, on n'a pas donné de digitale.

La malade se plaint d'avoir de la diarrhée; elle a un peu d'œdème des jambes; pas d'albumine dans l'urine.

Les intermittences et le tumulte des battements du cœur, ses faux-pas; la petitesse du pouls, son irrégularité et son inégalité, sont des phénomènes très-accusés. L'auscultation du cœur révèle alors, comme au début, un souffle aux deux temps et à la pointe, rude au premier temps, léger au second; et la main appliquée sur la région précordiale perçoit un frémissement très-net.

On ordonne de la digitale, puis du bromure de potassium; mais les vomissements et les accès de suffocation, dus à l'asystolie, recommencent; on supprime ces médicaments et on donne du café qui améliore l'état de la malade; celle-ci se trouvant mieux, quitte l'hôpital le 22 février. Elle y rentre le 10 mars pour de nouvelles attaques d'asystolie.

Ces attaques sont excessivement fortes et prolongées; elles persistent le jour et la nuit.

La malade est obligée de rester assise sur son lit; elle est

constamment bleue; les extrémités sont froides; la figure a une teinte cyanique; les inspirations sont courtes et fréquentes.

Le ventre est devenu volumineux; il y a un peu de ballonnement dû au tympanisme; *la percussion*, *la palpation révèlent un épanchement* assez notable de sérosité. Les jambes sont très-enflées et la pression avec le doigt détermine un godet indiquant un œdème notable. Cet état est permanent et entremêlé fréquemment d'attaques débutant par des nausées très-fortes, une douleur sourde à l'épigastre, et des vomissements verdâtres très-abondants et très-répétés. La malade ne peut rien prendre; le moindre aliment provoque ces nausées; lors de ces vomissements, la digitale administrée, les augmente; le lait aussi ne peut être supporté.

L'intolérance pour la digitale s'établit très-rapidement chez cette malade. Il est rare que l'on puisse pousser la dose de poudre de feuilles jusqu'à 0,30 centigr., en 3 pilules à prendre à grands intervalles, dans les 24 heures. Il est même souvent impossible de prolonger l'administration d'une seule de ces pilules pendant plus de quatre à cinq jours. Il y a en général, au bout de ce temps, des vomissements, du malaise, et l'on est forcé de suspendre l'emploi de ce médicament.

Râles sous-crépitants et sibilants disséminés dans les deux poumons, en arrière et en avant.

En examinant le cœur, on retrouve tous les signes déjà notés : battements violents et inégaux, frémissement senti à la palpation; bruits du cœur inégaux; intermittents, irréguliers; double souffle mitral. On entend, en outre, un autre bruit anormal que l'on n'avait pas perçu jusque-là : c'est un souffle *doux*, *en jet de vapeur*, *à la base et au second temps*, *indiquant une insuffisance aortique.*

Le pouls offre toujours les mêmes caractères; le tracé

sphygmographique donne une ligne d'ascension très-peu accusée, à peine perceptible. — Irrégularités nombreuses des battements.

Au bout de quelques jours l'œdème des jambes est moins marqué ; le ventre a diminué de volume ; les vomissements ont cessé sous l'influence des potions de Todd et de Rivière. On peut faire prendre à la malade de la poudre de digitale et du bromure de potassium. L'état s'améliore peu à peu.

5 *Juin*. — Les intermittences existent toujours ; mais l'oppression et la teinte cyanique, quoique encore persistantes, sont beaucoup moins accentuées qu'au début.

La malade quitte de nouveau l'hôpital.

Elle rentre huit jours après, reprise d'attaques d'asystolie présentant les mêmes caractères.

Dans le courant du mois de juillet, l'état local s'est un peu amélioré, ainsi que l'état général ; le 10 août, la malade était encore dans le service ; la teinte cyanique de la face persistait, mais l'œdème des jambes avait disparu ; les battements du cœur étaient un peu plus lents et moins irréguliers. Les phénomènes d'auscultation présentaient d'ailleurs les mêmes caractères.

Obs. XXXIX. — *Bronchite chronique; asystolie. — Cirrhose hépatique consécutive. Ascite.*

Le nommé L... Pierre, âgé de 57 ans, menuisier.

Entré le 17 juillet 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 14.

Antécédents. — Cet homme n'a jamais été malade.

Il accuse seulement quelques excès de boisson. Le matin, il a de la pituite ; ses doigts présentent un léger tremblement.

Renseignements. — Ce malade dit que depuis de longues années *il tousse* et *crache abondamment*.

Il n'a jamais eu d'hémoptysie. Il n'a pas maigri notablement.

Depuis une huitaine de jours son rhume s'est considérablement aggravé. Il y a plusieurs semaines ses membres inférieurs ont commencé à se tuméfier, et *son ventre a aussi augmenté de volume.*

Tous ces phénomènes allant peu à peu en augmentant, le malade entre à l'hôpital.

Etat actuel. — C'est un homme encore assez vigoureux. Il présente une forte dyspnée. Les lèvres sont bleuâtres et la face est cyanosée, sur fond pâle.

Appareil pulmonaire. — La percussion en avant fait entendre une sonorité exagérée à droite et à gauche. En arrière, rien de particulier.

A l'auscultation, on perçoit partout des râles sibilants aussi bien en avant qu'en arrière, ainsi que des râles sous-crépitants moyens, surtout abondants aux bases.

Les sommets sont intacts.

L'expectoration est abondante. Elle consiste en muco-pus, accompagné d'une très-petite quantité de sérosité.

Appareil circulatoire. — Le cœur est dilaté ; ses battements sont faibles. La matité précordiale est plus étendue transversalement que dans l'état normal, et s'avance surtout du côté droit.

A l'auscultation on trouve que les bruits sont mal frappés, mais on n'entend aucun souffle.

Pouls très-faible, régulier.

Appareil digestif. — Le tube digestif est sain ; le malade est sans appétit ; la langue est saburrale ; constipation opiniâtre.

Le *ventre* présente un gonflement très-marqué. La percussion dénote une matité évidente dans les parties déclives. En donnant diverses positions au malade, on constate

nettement l'existence d'une quantité abondante de liquide dans l'abdomen, liquide mobile.

Foie. — Lorsque, avec la main, on déprime brusquement la paroi abdominale pendant l'expiration, on sent le foie dépasser notablement le rebord des fausses côtes; sa surface est dure et semble un peu irrégulière.

Le foie est souvent difficile à sentir lorsqu'il y a une ascite considérable. M. Vulpian nous a montré qu'on peut souvent, dans ces cas, reconnaître le foie et même distinguer la place de son bord inférieur en déprimant brusquement, avec la pulpe des doigts, la paroi de l'abdomen. On repousse ainsi le liquide, et les doigts sont arrêtés par l'organe. Cette manœuvre, lorsqu'on s'y est exercé, donne des résultats précieux dans certains cas.

Les membres inférieurs sont le siége d'un œdème considérable jusqu'à leur racine.

Les urines renferment une très-faible quantité d'albumine.

Traitement. — Lavement purgatif. Potion de Todd. Potion gommeuse avec 0,05 centig. de Kermès.

25 *Juillet.* — L'œdème et l'ascite font des progrès. — Pendant la nuit le malade marmotte des paroles sans suite et se lève; il va se coucher dans le lit du voisin; il est très-agité (camisole de force). On continue la potion de Todd.

1er *Août.* — État comateux. Il pousse continuellement des gémissements. L'ascite est considérable; commencement d'eschares au sacrum.

8 *Août.* — Ponction de l'abdomen. On retire 6 litres de liquide clair, citrin, contenant beaucoup d'albumine. Après la ponction le malade est un peu soulagé.

9 *Août.* — Le malade a eu une nuit très-agitée. Ce matin, il est plongé dans un coma complet. Il meurt dans l'après-midi.

Autopsie. — Cavité thoracique. — Il existe une petite quantité de liquide dans les deux plèvres; environ unlitre en tout. C'est un liquide citrin, non purulent.

Les deux lobes pulmonaires sont fortement emphysémateux, à leurs bords antérieurs, et à leurs sommets.

Le lobe inférieur de chaque poumon est très-congestionné. A la coupe, il s'écoule une grande quantité de sang, mêlé à la sérosité. Pas de noyaux d'apoplexie pulmonaire; pas de granulations tuberculeuses.

Les grosses bronches et les bronches de moyen calibre ont leur membrane muqueuse, épaissie, grisâtre; dans tous ces conduits il y a du mucus purulent, en assez grande quantité. Le cœur est volumineux; il est dilaté dans le sens transversal. Sur la coupe, hypertrophie notable du ventricule gauche. Le myocarde est mou, couleur feuille-morte. Quelques plaques laiteuses de péricardite ancienne, sur le ventricule droit.

Pas de lésions d'orifices. La crosse de l'aorte, un peu dilatée, est fortement athéromateuse.

Cavité abdominale. — Le péritoine renferme environ deux litres de liquide clair, citrin. Pas de traces de péritonite.

Le foie, considérablement augmenté de volume, pèse 2,900 grammes. La capsule d'enveloppe est épaissie; périhépatite chronique, surtout à la face supérieure. Le tissu de l'organe est dur, résistant. La surface de la coupe est granulée; çà et là se montrent des îlots colorés en brun, et autour d'eux d'autres îlots colorés en jaune; le tissu conjonctif paraît beaucoup plus abondant que normalement.

La rate a plus du double de son volume normal.

Les reins sont fortement congestionnés. Pas de traces de dégénérescence graisseuse des épithéliums.

Cavité crânienne. — Le tissu cérébral est mou, œdémateux. — Très-léger degré d'athérôme des artères de la base

de l'encéphale. — Pas de lésions de tissus : (ni hémorrhagie; ni ramollissement cérébral).

Obs. XL. — *Rétrécissement sous-aortique. — Insuffisance mitrale.* (*Souffle au premier temps et à la pointe; souffle au premier temps et à la base du cœur, au milieu de la hauteur de la région précordiale. — Souffle un peu rude.*) — *Troubles dyspeptiques. Polyurie.*

La nommée L... Eugénie, âgée de 40 ans, domestique. Entrée le 31 mai 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 10.

Renseignements. — Cette malade est âgée de quarante ans; réglée à dix-sept ans, très-régulièrement; elle ne l'est plus depuis deux ans.

Dans son enfance, elle eut beaucoup de gourmes; pas d'engorgements ganglionnaires; pas d'autres phénomènes accusant une diathèse strumeuse.

Elle a été atteinte, à de fréquentes reprises, de douleurs rhumatismales. Il y a deux ans, elle eut une attaque très-forte de rhumatisme articulaire aigu qui l'obligea à garder le lit pendant neuf mois.

Le bras droit, dans toute son étendue, était le siége d'un gonflement très-considérable, surtout au niveau des articulations ; les pieds, des deux côtés, furent également pris : les douleurs et le gonflement ne dépassèrent pas, aux membres inférieurs, les limites des articulations tibio-tarsiennes. Depuis cette attaque, elle a toujours conservé une grande raideur dans l'articulation scapulo-humérale droite, raideur s'accusant par l'impossibilité de faire des mouvements aussi étendus qu'à l'état normal. Les doigts de la main droite, non plus, ne peuvent se fléchir complétement, et la malade serre difficilement avec cette main.

C'est aussi à la suite de cette attaque que ses règles ont cessé de se montrer.

État actuel. — Aujourd'hui la malade se plaint d'avoir

de la faiblesse générale; les jambes sont, en effet, très-faibles; elles ne lui permettent pas de se tenir debout, ni de marcher longtemps. Depuis quelque temps elles enflent par instant, surtout le soir, et quand elle a marché un peu. Au moment où on examine la malade, la pression ne détermine pas le godet caractéristique de l'œdème.

L'appétit a beaucoup diminué; la malade a du dégoût pour toutes sortes d'aliments, mais il n'y a jamais eu de vomissements. Le ventre est de volume normal et nullement douloureux; il existe un peu de constipation; la soif est très-vive. Des palpitations très-fréquentes apparaissent pour la moindre cause, au moindre effort; de même, il survient parfois des essoufflements très-longs et très-pénibles.

La vue est très-affaiblie; la malade voit tous les objets à travers un nuage; elle a aussi des bourdonnements d'oreille et de fréquents maux de tête, avec des douleurs et des pesanteurs très-incommodes. Les jambes, les bras, sont, assez souvent, le siége de douleurs passagères; mais il n'y a plus d'arthrites rhumatismales à l'état aigu ou subaigu. Quelques douleurs, dans les côtés; elles sont également très-variables dans leur apparition.

L'urine, claire, très-pâle, ne contient ni albumine, ni sucre, *mais elle est très-abondante;* la malade urine souvent, et se lève plusieurs fois la nuit pour satisfaire ce besoin.

Les paupières sont un peu bouffies, et la face présente une teinte d'un blanc-jaune assez caractéristique.

La malade tousse chaque jour de temps à autre. La toux serait parfois suivie d'une expectoration sanguinolente, ou plutôt, il y aurait dans les derniers crachats quelques stries de sang. Il en serait ainsi depuis deux ou trois ans.

L'examen de la poitrine fait entendre une respiration normale; toutefois, de temps à autre, on perçoit quelques râles muqueux aux deux bases des poumons.

L'auscultation du cœur révèle, à la pointe et *au premier* temps, *un souffle très-fort*, très-rude, qui se propage un peu vers l'aisselle, mais surtout vers l'appendice xiphoïde; il y a, en outre, à la base et au premier temps, un souffle un peu rude, en jet de vapeur. Ce bruit de souffle est surtout marqué vers le troisième espace intercostal près du sternum, et s'entend encore, mais moins nettement, dans la région sternale. Dans les vaisseaux du cou on trouve un souffle doux.

Un examen attentif fait entendre le souffle de la base *entre les deux bruits normaux;* il est un peu rude; le maximum du souffle est au milieu de la hauteur de la région précordiale. On entend là le premier bruit du cœur très-distinctement, avec ses caractères normaux; puis, immédiatement après, commence le souffle qui est fort, progressif, et cesse au moment même où se produit le second bruit normal.

Le pouls est régulier, petit, un peu concentré.

La ligne d'ascension, au sphygmographe, est très-peu accusée. Léger degré de voussure précordiale. Hypertrophie notable du cœur; la pointe de cet organe bat dans le 6e espace intercostal.

Traitement. — 1er *juin.* — On donne à la malade : 30 gr. d'huile de ricin. Tilleul. Julep avec sirop thébaïque 30 gr.

2 *juin.* — L'appétit est un peu meilleur; bouillons et potage. Vin de quinquina.

5 *juin.* — La malade est toujours obligée de se lever la nuit; elle urine près de 3 litres, en 24 heures.

7 *juin.* — On donne une potion gommeuse avec vingt gouttes de teinture de digitale.

8 *juin.* — La malade a de la diarrhée. Elle se plaint de voir trouble.

9 *juin.* — Les troubles de la vue s'accentuent; la démarche devient chancelante; des vertiges se montrent, mais

les souffles du cœur persistent, avec les mêmes caractères.

10 *juin.* — La diarrhée continue; on donne huit gouttes de laudanum.

11 *juin.* — Un léger nuage d'albumine apparaît dans l'urine; la quantité d'urine rendue est toujours en moyenne, de 2 litres à 3 litres; les souffles cardiaques sont toujours ceux indiqués.

12 *juin.* — On fait des badigeonnages de teinture d'iode sur la région précordiale. 1 pilule de 0 gr. 10 de poudre de digitale. Sirop d'iodure de fer. Vin de quinquina, puis bromure de potassium. Ce traitement est continué jusqu'à la fin de juin. Une amélioration notable s'est produite. L'appétit est devenu meilleur; les maux de tête ont bien diminué, ainsi que les douleurs plus ou moins vagues dont se plaignait la malade.

Elle quitte l'hôpital le 22 juin 1877. Elle y entre, de nouveau, au mois de juillet dans un état analogue à celui qu'elle présentait lors de sa première entrée. La malade s'est décidée à rentrer à l'hôpital parce qu'elle est fatiguée par un état dyspeptique permanent; cet état est caractérisé par des troubles gastriques; il y a de l'inappétence, des vomissements et une diarrhée très-abondante, avec coliques assez vives. Elle va 5, 6, 8 fois par jour à la garde-robe. Selles liquides. Elle éprouve en même temps des douleurs musculaires dans les membres et un peu dans les genoux. M. Vulpian diagnostique une entérite rhumatismale.

Les jambes sont un peu œdématiées. On prescrit des lavements laudanisés, des potions opiacées avec bismuth, des cataplasmes sur le ventre.

La diarrhée est très-tenace. Elle ne commence à diminuer qu'au bout de 8 à 10 jours de traitement. On prescrit alors de nouveau, du vin de quinquina, une pilule de 0,10 de poudre de feuilles de digitale et du sirop d'iodure de

fer, des frictions avec le baume de Fioraventi sur les jambes.

3 *août*. — Les vomissements ont disparu depuis plusieurs jours, ainsi que les douleurs d'estomac; mais les douleurs des membres persistent.

Obs. XLI. — *Insuffisance mitrale. — Hémorrhagies utérines, paraissant être en rapport avec l'état asystolique. — Traitement par la digitale. Amélioration.*

La nommée G... Isabelle, âgée de 20 ans, blanchisseuse.

Entrée le 5 mars 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 15.

Renseignements. — La malade a perdu sa mère, il y a 14 ans, d'une fluxion de poitrine, dit-elle.

Son père est mort, lors de l'entrée des Prussiens à Metz, à la suite de violentes émotions.

Pas de maladies dans son enfance. Pas de rhumatisme. Réglée à 15 ou 16 ans; depuis lors, toujours bien réglée.

Il y a un an, elle a été prise de névralgies intercostales, et, en même temps, d'une constipation opiniâtre; elle avait été 10 jours sans aller à la garde-robe.

Elle entre pour cette douleur intercostale, à la Charité, dans ce même service; elle eut pendant son séjour de fortes hémorrhagies utérines, qui durèrent 12 à 15 jours.

On avait déjà constaté son état anémique avant que cette perte de sang ne l'augmentât.

Pendant son séjour, on aurait noté l'existence d'une affection cardiaque, car tous les jours on auscultait la région précordiale. Elle a même entendu dire aux élèves du service qu'ils avaient assisté au début de l'affection; les jambes furent enflées.

Sortie au bout de 5 semaines sans être guérie, elle a vécu, en convalescence, pendant 9 mois à la campagne.

De retour à Paris il y a trois mois, elle a recommencé à travailler le 1er février.

Depuis 15 jours, elle se sent reprise de douleurs dans le ventre, les lombes et les régions lombaires et dorsales de la colonne vertébrale. D'abord fugaces, ces douleurs devinrent persistantes et augmentèrent progressivement. Le 27 février, la malade eut une perte sanguine peu considérable; le 2 mars, il y eut, à ce moment, une véritable métrorrhagie et l'écoulement de sang dure encore, mais moins abondant.

Ces pertes ne résultent pas de la menstruation qui a lieu habituellement le 10 de chaque mois; de plus, les premiers jours de la deuxième hémorrhagie utérine, le sang était plus abondant que pendant les règles. La malade dit que les pertes sont surtout considérables lorsque les accès d'étouffements se produisent avec une grande violence; elle aurait remarqué, plusieurs fois, cette aggravation des pertes, qui paraît en rapport avec la dyspnée.

Elle raconte aussi qu'elle étouffe dans la marche rapide lorsqu'elle monte les escaliers, et ce matin elle s'est présentée à la consultation dans un état voisin de la suffocation.

Etat actuel. — A l'examen, on trouve à la malade une apparence assez robuste, mais elle est très-pâle; ses pupilles sont dilatées et ses conjonctives anémiées. La dyspnée est extrême, la respiration très-courte ; la parole brève, entrecoupée; les lèvres sont bleuâtres, les extrémités froides. Cependant il n'y a pas de tendance à la syncope ou aux lipothymies. Elle se tient assise, dans son lit, la tête toujours relevée.

A l'inspection, on voit la *pointe du cœur* battre dans le 5[e] espace intercostal et sur la ligne mamelonnaire, autant qu'il est possible de juger chez un sujet gras; la percussion montre la matité précordiale un peu plus étendue que dans les conditions normales.

Pas de voussure appréciable. Palpitations violentes.

A l'auscultation du cœur, on entend un souffle d'une extrême netteté au 1er temps, avec maximum à la pointe, souffle se propageant dans l'aisselle.

Le 2e bruit est normal et sans dédoublement. Il existe un bruit de mouche dans les vaisseaux du cou.

Les jambes sont enflées ; l'œdème qui remonte jusqu'au genou est considérable.

L'examen des *poumons* ne fait rien constater d'anormal.

Douleurs continues vers la partie inférieure de la cage thoracique, au niveau du rebord des fausses côtes.

En outre de ces douleurs sourdes, se montrent, de temps à autre, des douleurs plus vives et d'une durée très-courte.

Le ventre n'est pas ballonné ; à la pression, on détermine de la douleur dans les lombes et le long de la colonne vertébrale, à partir de la 10e dorsale.

En pinçant la peau, pas d'hyperesthésie.

Pas de diarrhée, ni de constipation. Hémorrhagie utérine légère. Le toucher vaginal n'est pas douloureux; col, normal.

Urines normales, sans albumine, ni sucre.

Traitement. — Injection sous-cutanée de 1 centigr. de chlorhydrate de morphine dans la région douloureuse. Pilules de poudre de digitale de 5 centig., deux par jour.

Le 8 *mars.* — Les palpitations cardiaques ont cessé ; l'hémorrhagie utérine est à peine sensible.

10 *mars.* — Les époques viennent ; elles durent quatre jours.

17 *mars.* — La malade quitte l'hôpital. Elle est beaucoup mieux. L'œdème des membres inférieurs a disparu. Plus de pertes utérines.

Obs. XLII. — *Lésions aortiques et mitrales. — Asystolie, caractérisée surtout par des phénomènes pulmonaires et rénaux.*

Le nommé H..., Alfred, âgé de 58 ans.

Entré le 17 avril 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 2.

Antécédents héréditaires. — Ce malade raconte que sa mère et sa sœur toussaient et crachaient habituellement, comme il l'a toujours fait lui-même.

Sa sœur est morte à la suite d'une opération d'ablation du sein, opération nécessitée par une tumeur.

Antécédents personnels. — A 11 ans, il eut une pleurésie ; elle dura, dit-il, un an.

A 15 ans, il fit une autre maladie, où il toussa et cracha beaucoup.

Mais il a toujours toussé et craché beaucoup ; et de temps en temps, à la suite de refroidissements, cet état catarrhal subissait une exacerbation. C'est probablement ce qui explique les nombreuses bronchites que le malade dit avoir eues, et qui paraissent liées à l'affection dont il se plaint actuellement.

Cette toux et cette expectoration allèrent peu à peu en augmentant. Les crachats étaient blancs, liquides et spumeux.

Il y a un an, il se produisit une hémoptysie, qui dura pendant 8 mois. — Tous les jours, le malade voyait du sang rutilant, en quantité considérable, au milieu de ses crachats.

Depuis 3 semaines, cet état ayant empiré, il est obligé de cesser son travail.

Il urinait, dit-il, *environ 2 litres par nuit.*

État actuel. — Ce malade se tient assis sur son séant et est en proie à une dyspnée très-marquée.

Son facies indique assez bien l'affection dont il est atteint. — Les pommettes sont violacées, et le reste de la face est d'un jaune pâle ; les lèvres sont bleues.

Les membres inférieurs sont le siége d'un œdème considérable.

La toux est très-fréquente.

L'expectoration est abondante, muqueuse, aérée, et la partie qui occupe le fond du crachoir présente une teinte rouge uniforme, comme si du sang y était dilué.

Poumons. — La percussion donne une sonorité normale partout, excepté dans le tiers inférieur du poumon, de chaque côté; dans ces points, il existe de la submatité.

L'auscultation fait entendre des râles sibilants dans toute l'étendue de la poitrine, râles mélangés, principalement aux deux bases des poumons, de râles muqueux moyens très-abondants (œdème et congestion œdémateuse des parties inférieures des poumons).

Circulation. — Le pouls est large, bondissant, régulier, et ne présente pas d'intermittences.

Le sphygmographe donne une ligne d'ascension brusque et presque verticale. — Puis vient un crochet angulaire bien dessiné, mais peu élevé, et après ce crochet, un plateau presque horizontal de peu d'étendue. Le tracé redescend ensuite obliquement pour se redresser verticalement, au moment de la systole ventriculaire suivante.

Cœur. — Les battements sont réguliers et normaux; pas de voussure précordiale. A la palpation, on sent, à la base et à la pointe, du frémissement. Ce frémissement, à la base de l'organe, est très-prononcé, surtout au second temps.

La percussion indique une hypertrophie notable un cœur; la pointe bat dans le 6e espace intercostal. Les deux bruits à la base sont remplacés par des souffles intenses.

1° Souffle au 2e temps et à la base : ce souffle est très-fort, à timbre aspiratif. Son maximum est dans le 2e espace intercostal gauche; il s'entend encore très-bien à la partie médiane du sternum, et sur le bord droit de cet os; il se propage un peu vers la clavicule droite. 2° Il y a aussi un souffle au premier temps et à la base; mais ce souffle un peu râpeux, est beaucoup moins fort que le précédent.

En outre, souffle au premier temps et à la pointe ; moins intense que le souffle du second temps et de la base, il est plus fort que celui du premier temps et de la base. Il a un timbre musical, rappelant le son du râle sibilant, et il se propage vers l'aisselle.

L'auscultation de l'artère crurale fait entendre un double souffle très-net.

On diagnostique une lésion de la valvule mitrale avec insuffisance de cette valvule et une lésion des valvules sigmoïdes aortiques, produisant à la fois une insuffisance de ces valvules et un rétrécissement de l'orifice aortique.

Etat général. — Le malade est agité et ne dort pas.

Point de diarrhée.

Les urines sont foncées. Il en rend, actuellement, un 1/2 litre dans les 24 heures. Elles renferment une quantité notable d'albumine.

Traitement. — Vésicatoire à la base de la poitrine, en arrière et à gauche. Une pilule de poudre de digitale, de 0 gr. 10.

20 *avril.* — Le malade dort mieux, embarras gastrique assez marqué. On donne 30 grammes de sulfate de soude.

25 *avril.* — Expectoration moins abondante ; l'œdème des membres inférieurs a diminué. Polyurie ; le malade urine près de trois litres en 24 heures. L'urine contient toujours un peu d'albumine.

30 *avril.* — État général bon.

5 *mai.* — Le malade a pris froid ; la dyspnée est de nouveau intense. Point de côté à droite, souffle pleurétique en arrière et de ce côté ; souffle peu étendu, égophonie. La poitrine est remplie de râles.

On applique un nouveau vésicatoire. Julep : 20 centigr. de kermès.

10 *mai.* — Encore un peu de souffle et d'égophonie ; le

malade va mieux. La polyurie continue; encore de l'albumine dans l'urine.

15 *mai*. — L'état général est bon; on supprime le kermès.

20 *mai*. — A partir de ce jour on reprend l'usage de la poudre de digitale.

La polyurie a diminué; il n'y a plus qu'un léger nuage d'albumine dans les urines; l'œdème des jambes est peu considérable. Il n'y a presque plus de râles dans la poitrine.

25 *mai*. — Le malade va bien; l'état physique du cœur est toujours le même.

1er *juin*. — Amélioration notable; l'œdème des membres inférieurs n'existe plus.

23 *juin*. — Le malade part pour Vincennes. La dyspnée est presque nulle; plus de râles dans la poitrine; plus d'albumine dans les urines; l'état du cœur n'est pas modifié.

CHAPITRE IV

MALADIES DE L'AORTE ET DES ARTÈRES.

Je comprends, dans ce chapitre, cinq observations : deux sont relatives à des anévrysmes de l'aorte ; une troisième, est un cas bien net d'aortite chronique, avec poussées aiguës probables ; la quatrième concerne un cas d'aortite chronique type, avec lésions de l'orifice aortique ; la cinquième observation est un exemple d'athérôme artériel, avec gangrène consécutive.

Parmi les phénomènes qui, dans l'expression symptomatique de l'anévrysme de l'aorte, ont une grande valeur diagnostique, et surtout pronostique, il en est un sur lequel les auteurs ont tout particulièrement appelé l'attention ; je veux parler de ces hémoptysies, ou de ces hématémèses, qui sont la conséquence possible de l'ulcération des bronches ou de l'œsophage, alors que, sous l'influence de la compression de ces conduits par la tumeur anévrysmale, une ouverture anormale s'est établie.

Ainsi que MM. Ball et Charcot l'ont fait remarquer, il n'existe, comme rempart contre le passage du sang, par l'une ou par l'autre de ces voies, l'ulcération étant un fait accompli, qu'un ou plusieurs caillots, plus ou moins épais,

plus ou moins adhérents, en un mot, plus ou moins anciens; de temps à autre ces caillots cèdent, et l'hémorrhagie se produit; souvent cette hémorrhagie est mortelle; dans d'autres cas, elle amène un affaiblissement général, un état d'anémie tout particulier, comme chez le malade de l'observation XLIII. Son histoire est des plus intéressantes.

Il y a huit mois, il est pris brusquement, au milieu de la santé, en apparence, la plus parfaite, d'une hématémèse très-abondante; il perdit une quantité de sang qu'il évalue à trois litres; à la suite de cette hémorrhagie, il devint très-pâle, très-anémique, et malgré cela, sa santé ne fut nullement altérée; l'appétit était conservé ainsi que le sommeil; il pouvait vaquer à ses occupations habituelles, seulement il avait moins de forces; il était essoufflé. Six mois se passent; les forces étaient en partie revenues, lorsqu'une nouvelle hémorrhagie, encore plus abondante que la première, se produisit; c'est alors que le malade se décida à entrer à la Charité. Ce qui frappa tout d'abord, dans son aspect extérieur, ce fut la cachexie profonde dont il était atteint; la peau, dans toute son étendue, était pâle, exsangue; les muqueuses étaient complétement décolorées; la cachexie était si grande, la teinte cireuse, si complète, qu'on se crut d'abord en présence d'un cancéreux, arrivé à la dernière période. Il n'en était rien : l'étude attentive du malade montra l'intégrité absolue de tous les organes, à l'exception de l'appareil cardio-aortique. Il suffit de se reporter à la lecture de l'observation pour reconnaître tous les signes classiques de l'anévrysme de l'aorte, avec dilatation du tronc brachio-céphalique. Je relèverai seulement une particularité clinique qui a son intérêt.

Le cœur, probablement comprimé par la tumeur anévrysmale, semble avoir basculé de gauche à droite; il était facile de se rendre compte, par la percussion et par le

siége qu'occupait la pointe de l'organe, de cette disposition anatomique anormale, autant du moins qu'un pareil diagnostic est possible. Quoi qu'il en soit cette situation nouvelle du cœur, jointe à l'hypertrophie du ventricule gauche, paraissait avoir pour résultat, dans la région hépatique, la production de battements, par transmission, battements absolument semblables à ceux que l'on observe dans l'insuffisance tricuspide, et dans le cas particulier il n'existait aucune affection de ce genre.

Le malade est resté en traitement à l'hôpital, pendant deux mois; son état général anémique s'est considérablement amendé; il n'a pas eu de nouvelles hématémèses : mais, et c'est là ce qu'il faut bien rappeler au point de vue du pronostic, le conduit œsophagien, dans une de ses régions, n'est probablement séparé du courant aortique, que par une faible barrière, représentée par des caillots sanguins; cette barrière a déjà été franchie; à la prochaine hémorrhagie, si l'ouverture est un peu large, le malade sera sans doute frappé mortellement.

La deuxième observation de ce chapitre (observation XLIV) est aussi particulièrement intéressante; elle concerne un cas d'anévrysme de l'aorte, dont le siége était un peu insolite, et, comme le faisait remarquer M. le professeur Vulpian, il peut s'écouler toute la vie d'un médecin d'hôpital, sans qu'un semblable cas se présente à l'observation.

Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans; elle entra à l'hôpital se plaignant de troubles vagues, indéterminés; depuis un an environ, elle s'affaiblissait; elle avait des douleurs qui existaient un peu partout, dans le dos, dans les reins, mais surtout dans le ventre; ses digestions étaient pénibles, irrégulières ; elle éprouvait des vertiges, etc. ; cependant elle n'avait pas maigri ; l'appétit était à peu près conservé ; elle toussait également un peu. En présence de ces

renseignements, on procéda à un examen détaillé, organe par organe ; à un premier examen, on ne trouva aucune lésion d'appareils manifeste. A un deuxième examen, en appliquant l'oreille à la base du poumon gauche, la malade venant de suspendre sa respiration, on fut étonné d'entendre un bruit de souffle très-fort, très-intense, au niveau des deux dernières fausses côtes, du côté gauche.

La constatation de ce symptôme fut un trait de lumière, et l'indice de l'ordre que devait suivre l'analyse clinique.

En plaçant la main, à plat, directement sur la peau, dans la région où se produit le souffle, on perçoit un *thrill* des plus accusés, occupant surtout le premier temps. L'auscultation, à ce niveau, fait entendre un bruit de souffle continu très-fort, avec renforcement très-net, lors de chaque diastole aortique. La percussion, la palpation des reins, du thorax, ne décèlent aucune tumeur anormale; il n'existe aucun engorgement spécial, aucune tuméfaction apparente extérieurement. La palpation profonde de l'abdomen ne permet pas non plus d'atteindre une tumeur quelconque, pulsatile ou non. L'absence de la sensation d'expansions rhythmées s'explique très-bien par le siége des précédents phénomènes, la résistance de la paroi thoracique s'opposant à toute expansion dans ce sens.

Il y a isochronisme des pulsations des deux artères crurales ; il en est de même pour les pédieuses.

L'auscultation des deux poumons ne fait rien découvrir d'anormal ; le poumon gauche ne présente, ni trace de congestion (par compression), ni trace de déplacement.

J'ai déjà fait observer que, chez cette femme, la santé générale, à part un état de nervosisme assez accentué, caractérisé surtout par des troubles dans la sphère du sympathique abdominal, tels que pyrosis, renvois, nausées, névralgies abdominales multiples, etc., était à peu près bonne.

L'existence d'un anévrysme ne peut être mise en doute; les signes sont, en effet, caractéristiques. Il reste à déterminer le siége et la variété de l'anévrysme.

Pour ce qui concerne l'artère intéressée, il ne saurait y avoir de grandes difficultés. Le maximum du souffle, dans le cas actuel, existe au niveau de la dernière fausse côte gauche, ou plutôt entre celle-ci et l'avant-dernière. Là, en se reportant sur la ligne axillaire, à peu près dans l'espace moyen qui sépare cette ligne de celle des vertèbres dorso-lombaires, on entend un souffle continu, très-fort, avec redoublement. Ce souffle se perçoit sur une assez large surface; il semble se produire dans une cavité spacieuse, assez grande, et il est dû certainement au passage d'une notable quantité de sang qui s'écoule de cette cavité par l'orifice qui la fait communiquer avec le vaisseau malade. De telles conditions, relatives à la production du bruit morbide, spécifié plus haut, ne peuvent guère se trouver réalisées, dans cette région, que s'il s'agit d'un anévrysme de l'aorte. Un anévrysme de l'une des artères intercostales ne donnerait pas lieu à ce souffle intense et étendu, et à ce *thrill*, si manifeste, malgré la résistance de la paroi thoraco-abdominale, en ce point. L'artère rénale gauche serait bien assez volumineuse pour produire ces phénomènes, si elle était le siége d'un anévrysme; mais elle est située beaucoup au-dessous de la région au niveau de laquelle on percevait les signes indiqués.

S'agit-il de la portion thoracique de l'aorte ou de sa portion abdominale? Il y a évidemment une difficulté sérieuse, dans la solution de ce problème clinique. Peut-être, peut-on, dans ce cas particulier, soupçonner que l'anévrysme avait l'aorte thoracique pour point de départ. En effet, à cuse des détails qui précèdent, on doit admettre que la poche anévrysmale était en quelque sorte appliquée contre la paroi thoracique, à la partie tout à fait infé-

rieure de celle-ci et du côté gauche. M. Vulpian a pensé que l'on pouvait s'expliquer cette situation spéciale de l'anévrysme, en admettant qu'il siégeait dans la cavité thoracique, tandis que, suivant lui, il était difficile de s'en rendre compte en le supposant une dépendance de l'aorte abdominale. Le premier diagnostic explique d'ailleurs les symptômes observés et permet de comprendre comment la pression des poumons, ainsi que celle du cœur, ont pu forcer la poche anévrysmale à se diriger, dans son développement, vers un des côtés du thorax, le côté gauche, et à demeurer plus ou moins en contact avec la paroi costale. Dans la seconde hypothèse, au contraire, il faut bien admettre que l'anévrysme se serait sans doute développé d'arrière en avant, et alors il aurait existé une tumeur reconnaissable à la palpation ; ou s'il avait eu pour point de départ la région latérale gauche de l'aorte, il n'aurait pas été en contact plus ou moins immédiat avec la paroi, comme chez notre malade.

Quant à la variété, si l'on tient compte du souffle continu, avec renforcement ; du point maximum où le thrill se produit, et du lieu où le bruit de souffle se manifeste avec la plus grande intensité, on peut supposer, pour expliquer toutes ces particularités cliniques, qu'il existe une dilatation ampullaire de l'aorte, dans la région indiquée, dilatation assez considérable, communiquant par une seule ouverture avec le canal de l'aorte ; c'était là la pensée de M. le professeur Vulpian, pensée appuyée sur les considérations exposées plus haut. Il était difficile d'aller plus loin : on s'est demandé s'il s'agissait d'un anévrysme athéromateux ; mais l'âge peu avancé de la malade, et surtout — car l'âge n'était pas une raison éliminatoire suffisante — l'absence d'altérations reconnaissables dans les artères accessibles à un examen direct, ne nous ont pas permis de

nous prononcer. L'ancienne attaque d'hémiplégie parlerait cependant dans ce sens.

Je rappellerai encore que la découverte de cet anévrysme a été, pour ainsi dire, le fait du hasard ; que la malade ne présentait qu'une série de troubles névropathiques, vagues, indéterminés, ayant surtout leur siége dans l'abdomen et que même, une fois l'anévrysme reconnu, il a été impossible de constater aucune perturbation fonctionnelle pouvant être, d'une façon légitime, attribuée à sa présence.

La troisième observation est un bel exemple d'aortite chronique ; l'histoire clinique de ce malade mérite l'attention.

Les symptômes observés au début de sa maladie, paraissent avoir été ceux d'une affection aiguë de l'aorte ; le malade décrit très-bien les palpitations violentes qu'il a éprouvées, la douleur vive qui l'étreignait à la base du sternum, le sentiment d'angoisse, de constriction, auquel il était en proie ; la dyspnée violente qui l'empêchait de dormir : tels ont été les phénomènes symptomatiques de la première période de son affection.

Le malade a été examiné dans le service longtemps après la première apparition de ces phénomènes ; il y avait huit mois d'écoulés. Son aspect général était frappant ; la figure était pâle, le teint anémique, l'état de dyspnée habituelle. Le soir, à des moments variables, tantôt vers 5 heures, d'autres fois vers 8 heures, plus souvent entre 11 heures et minuit, ou plus tard, il éprouvait une sensation angoissante des plus pénibles ; il avait de l'étouffement, des vertiges ; il était alors obligé ou de se lever, et de s'asseoir sur son lit, ou au bord de son lit, les jambes pendantes. Par moments sa dyspnée était telle qu'il pouvait à peine respirer. Cet état, avec des phases d'augment et d'apaisement, durait une heure, deux heures, quelquefois plus ; puis, il parvenait à dormir un peu, et encore, il

n'avait de sommeil que grâce au bromure de potassium, ou au chloral qu'on lui donnait. Quand les accès de dyspnée étaient intenses et un peu prolongés, il était fréquent d'observer, le matin, un peu d'œdème des membres inférieurs et un léger degré de bouffissure de la face; je dois ajouter qu'il n'y a jamais eu d'albumine dans l'urine. D'ailleurs, aucune espèce d'expectoration, si ce n'est quelques crachats aérés, muqueux, sans importance; l'auscultation et la percussion du thorax montraient l'intégrité absolue de l'appareil pulmonaire. L'examen du cœur indiquait un degré notable d'hypertrophie de cet organe; il n'existait pas de frottements péricardiques; il n'y avait pas non plus de souffle à la pointe du cœur; mais quand on auscultait le cœur au niveau de l'orifice aortique, on percevait un bruit de souffle assez bref, un peu rude, en somme peu marqué. Au niveau de la partie supérieure de l'aorte ascendante, on entendait nettement deux bruits de souffles, forts, assez rudes, le premier plus intense que le second. Le maximun de ces bruits était au-dessous de la réunion du tiers interne et des deux tiers externes de la clavicule droite. En auscultant en arrière du thorax, et en prenant soin de faire suspendre la respiration, on entendait nettement, dans la région du bord spinal de l'omoplate gauche, les deux souffles. Il y avait un peu de submatité à la partie supérieure droite du sternum, dans une étendue de trois à quatre travers de doigt, en se reportant de la ligne médiane vers la région latérale droite du thorax. Le pouls était fort, bondissant; il n'avait pas tout à fait les caractères du pouls de Corrigan, mais il s'en rapprochait beaucoup, comme l'ont montré les tracés.

Je ne veux pas discuter ici la question de savoir si ces douleurs angoissantes, si particulières, de la dyspnée aortique, tiennent toujours à un processus aigu inflammatoire du côté des membranes de l'aorte, et à l'influence de

cet état sur le plexus nerveux cardiaque ; on connaît, à cet égard, les intéressantes leçons de M. le professeur Péter; je tenais simplement à signaler la particularité clinique. Dans un certain nombre de cas, il est facile, avec un peu d'attention, de différencier la dyspnée aortique des accès d'asthme cardiaque et de l'asthme véritable, précisément en prenant en considération le mode de début de l'accès d'asthme et ses caractères particuliers; mais il est plus difficile de faire le diagnostic quelquefois, entre l'anévrysme de l'aorte et l'aortite chronique. Cependant on y arrive presque toujours en cherchant avec soin s'il existe des signes de compression, et en pesant bien la valeur des signes physiques.

Un fait mérite encore d'être mis en relief dans cette observation; c'est celui relatif aux forces du malade; il avait le teint pâle, anémique, assez caractéristique dans les affections aortiques anciennes; de plus, il éprouvait de fréquents vertiges; une insomnie opiniâtre en dehors même des attaques de dyspnée. M. Vulpian a admis l'existence d'une athéromasie artérielle généralisée, produisant, par moments, un peu d'ischémie cérébrale, et expliquant très-bien la perte de sommeil.

L'observation XLVI, au contraire, est un exemple d'aortite chronique, avec dilatations de la crosse de l'aorte, aortite qui a été absolument muette au point de vue des phénomènes douloureux et fonctionnels. La différence entre cette observation et la précédente tenait sans doute à ce que, dans ce cas, l'aortite était chronique sans exacerbations aiguës de l'endartérite.

Je noterai encore, dans cette observation : 1° que l'aortite, comme cela est si fréquent, était compliquée d'une lésion de l'orifice aortique, d'un rétrécissement; 2° que la grossesse ne paraît avoir influencé en rien la marche de la maladie du cœur.

Nous avons eu sous les yeux un autre exemple absolument analogue au précédent. Il s'est agi, dans cette observation, d'une jeune institutrice de 21 ans, ayant une double lésion aortique, insuffisance des valvules sigmoïdes avec rétrécissement de l'orifice, double lésion accompagnée de la dilatation de la crosse de l'aorte. L'on n'a pas observé, non plus, dans ce cas particulier, les phénomènes douloureux de l'angine de poitrine symptomatique. La malade était profondément névropathique. Elle avait des attaques fréquentes d'hystérie. Quant aux troubles éventuels, produits par l'affection cardiaque, ils consistaient seulement en accès plus ou moins prolongés de violentes palpitations, avec tendance lipothymique.

L'observation XLVII est un bel exemple d'athéromasie artérielle généralisée, ayant produit une gangrène sénile du membre inférieur gauche, par suite de la formation d'un caillot oblitérant dans l'artère fémorale et dans toutes les branches qui en naissent. L'intérêt de cette observation réside dans le fait suivant : tandis que toutes les artères du tronc et des membres étaient profondément athéromateuses, les artères de l'encéphale étaient absolument saines. M. Vulpian nous a dit avoir vu plusieurs cas du même genre à la Salpêtrière; il en a parlé à diverses reprises dans ses cours d'anatomie pathologique. Pendant l'année d'internat que j'ai passée dans le service de M. Charcot, ce maître éminent a appelé notre attention sur des faits analogues; il nous a montré alors que tantôt l'athéromasie artérielle est généralisée, et que tantôt elle frappe les artères, système par système; dans certains cas, il n'y a d'athéromateuses que les artères cérébrales; dans d'autres, les branches de l'aorte abdominale, etc. Ce sont là des faits incontestables et qui attendent encore leur interprétation.

OBSERVATIONS

Obs. XLIII. — *Anévrysme de l'aorte. — Hématémèses abondantes. — Anémie consécutive très-accusée. — Traitement par les toniques. — Amélioration.*

Le nommé C... âgé de 50 ans,

Entré le 8 mai 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit nº 12.

Antécédents. — Rien de particulier.

Renseignements. — Ce malade raconte qu'il y a 6 semaines, il fut pris, tout à coup, d'un vomissement considérable de sang. Il était au lit à ce moment, et il dit qu'il en remplit son vase de nuit. Il estime la quantité à près de trois litres.

Ce sang était rendu sous forme de caillots volumineux, rouges. Il ne présentait pas la couleur noire qu'il offre quelquefois dans certaines hématémèses. Il n'était pas aéré.

Ce sang a été rendu sans efforts, sans déterminer de gêne, ni de suffocation, ni de toux. Le malade est très-affirmatif à cet égard. Vers cette époque, le malade se portait bien; il ne toussait, ni ne crachait. Il n'avait point de palpitations de cœur.

A la suite de cette hémorrhagie, il ressentit une faiblesse générale très-grande, mais ce fut tout.

Les choses paraissaient ainsi revenir à l'état normal, lorsque, 15 jours après, il rendit encore, par la bouche, du sang coagulé, comme précédemment. Cette fois la quantité fut moindre, mais pour tous les phénomènes, qui ont accompagné l'hématémèse, cette hémorrhagie fut, en tous points, semblable à la première.

La faiblesse redoubla aussitôt et c'est par suite de cette adynamie que le malade se décida à entrer à l'hôpital. Il n'a pas éprouvé d'autres accidents.

Etat actuel. — C'est un homme de forte stature et présentant un embonpoint proportionné.

Les téguments sont pâles. Les lèvres et les paupières décolorées, exsangues, blanches.

Il ne tousse pas. L'examen des organes respiratoires est complétement négatif.

L'estomac ne présente rien de particulier; il n'est pas douloureux à la pression, et les digestions sont très-bonnes.

En examinant la région épigastrique, on y constate des soulèvements assez considérables et isochrones aux battements du cœur. Celui-ci paraît avoir basculé sur son axe de telle sorte que la base est abaissée, comme semble l'indiquer le foyer de production des bruits de cette base. Les battements toutefois sont normaux, et l'on n'entend qu'un léger bruit de souffle à la base, souffle que l'on retrouve aussi dans les vaisseaux du cou.

Mais ce qui attire l'attention, c'est une légère voussure de la poitrine vers la poignée du sternum et un peu à droite.

Dans cette région, la percussion fait entendre une matité assez nette, dans une étendue de quatre à cinq travers de doigts.

A l'auscultation on perçoit un souffle léger, continu, avec renforcements, au niveau du deuxième espace intercostal droit; il se propage vers les vaisseaux du cou.

Il y a, tout à fait à droite, presque au niveau de la clavicule, un second centre de battement.

La carotide droite est démesurément dilatée; elle est grosse comme le doigt; de plus elle est animée de battements et le siége d'un souffle fort, râpeux, au premier temps.

La face, du côté droit, est œdémateuse.

Pas de gêne respiratoire. Léger œdème des membres inférieurs. Pas de cyanose.

Foie : sain.

Rate : id.

Poumons : sains.

Tube digestif : id.

Urines : normales.

Le malade ne paraît pas souffrir d'autre chose que de la faiblesse résultant de son anémie.

Traitement. — Le malade est soumis à l'usage du sirop d'iodure de fer et du vin de quinquina; l'appétit est excellent; quatre portions.

Peu à peu l'anémie diminue, sous l'influence du traitement, mais très-lentement; il sort au bout d'un mois, sans avoir présenté de nouveaux accidents, mais en conservant une grande faiblesse relative; les symptômes de l'anévrysme de l'aorte n'avaient pas varié.

Obs. XLIV. — *Anévrysme de l'aorte* (*à siége insolite*). — *Maximum du souffle au niveau des fausses côtes gauches.* — *Pas de tumeur appréciable.* — *Névralgies lombo-abdominales.*

La nommée L... Sophie, âgée de 38 ans,

Entrée le 15 avril 1877, salle Ste-Madeleine, lit nº 2 bis.

Cette malade, âgée de 38 ans, a été réglée à 15 ans et demi, et l'a toujours été depuis très-régulièrement.

Comme antécédents, elle aurait eu des symptômes de scrofule, tels que gourmes sur le cuir chevelu, et engorgements ganglionnaires sous la mâchoire inférieure. Elle déclare aussi avoir eu des douleurs rhumatismales, mais jamais d'attaques aiguës.

Rougeole à l'âge de 7 ans, et fièvre typhoïde à 10 ans. Il n'y a rien à noter comme antécédents héréditaires.

Au mois de mars dernier, elle entra dans le service de M. Trélat pour des symptômes d'occlusion intestinale ; elle sortit guérie de cette affection, et, le 15 avril, elle vint dans le service de M. le professeur Vulpian.

Cette malade dit qu'elle a une grande faiblesse dans les deux jambes; celles-ci enflent très-souvent, et même quand

elle reste couchée, elles sont le siége d'un œdème appréciable.

Fréquemment elle a des palpitations et des accès d'étouffements ; de plus elle se plaint de douleurs vives dans le ventre et dans les parois thoraciques, surtout à gauche. La région lombaire est le siége d'une douleur continuelle très-vive, accompagnée d'exacerbations très-marquées.

La constipation est opiniâtre ; la malade reste souvent une semaine entière sans aller à la selle, et encore lui faut-il donner des lavements ; l'appétit est à peu près nul : la région épigastrique est souvent douloureuse et il n'est pas rare de voir survenir des vomissements.

Enfin la malade éprouve une faiblesse générale surtout du côté droit ; cette faiblesse se serait accusée principalement depuis un an, à la suite d'une perte de connaissance, et de phénomènes hémiplégiques de ce côté, phénomènes qui durèrent quelques jours seulement d'après son dire.

Etat actuel. — La malade, de stature moyenne, est pâle, anémique. Elle se plaint de troubles vagues, indéterminés. Elle souffre dans le dos, dans les reins, mais surtout dans le ventre ; vertiges fréquents ; digestions pénibles, irrégulières ; pas d'amaigrissement notable. Il existe un peu de toux et on trouve des râles de bronchite disséminés, des deux côtés, dans les poumons. Expectoration de crachats muqueux, aérés.

Examen du cœur. — Pas de souffle organique ; mais on trouve à l'auscultation un souffle anémique à la base et au premier temps, avec un autre souffle semblable dans les vaisseaux du cou.

En auscultant la région postérieure de la base de la poitrine sur le côté, au niveau des dernières côtes et dans toute la région latérale gauche, on entend un souffle continu, très-fort, avec renforcements au moment des systoles

cardiaques. Le maximum du bruit morbide n'est pas au niveau même de la région rachidienne, mais en dehors de cette région, à six ou sept centimètres de la ligne des apophyses épineuses. Il s'étend de bas en haut dans une hauteur de quelques centimètres.

A la palpation, la main étant appliquée à plat sur la partie postérieure des fausses côtes, on sent un frémissement assez net, surtout au niveau du maximum du bruit de souffle. On ne perçoit ni battements, ni expansions.

La percussion ne révèle rien ; il n'y a pas de matité bien reconnaissable, de telle sorte qu'on est obligé d'admettre que la tumeur anévrysmale n'est en contact immédiat avec la paroi thoracique, que dans une étendue très-restreinte. (L'existence de cet anévrysme, comme nous l'avons su plus tard, avait été déjà reconnue dans le service de M. Trélat.)

Le pouls crural, de ce côté gauche, est petit et ne retarde pas sur celui de droite; les battements des pédieuses sont isochrones aussi. La palpation profonde de l'abdomen ne permet pas de reconnaître l'existence d'une tumeur.

Les troubles gastriques se répètent très-souvent; les névralgies lombo-abdominales et intercostales sont presque continuelles.

L'urine est normale.

Traitement. — Chaque jour, on fait deux injections sous-cutanées de un centigr. de chlorhydrate de morphine (une le matin et une le soir), dans la paroi abdominale. La malade prend, en outre, du vin de quinquina et du sirop d'iodure de fer.

L'appétit est médiocre; la constipation habituelle; de temps à autre, on donne 50 centigr. de rhubarbe.

L'état local reste le même; le souffle s'accentue, et semble s'étendre davantage ; le frémissement perçu à la main, s'accuse aussi avec plus de netteté.

La malade quitte l'hôpital, le 27 juillet; l'état général est un peu amélioré; l'anémie est moins accusée; les névralgies sont moins vives.

Obs. XLV. — *Aortite chronique, avec attaques de dyspnée, très-accentuée, survenant irrégulièrement. Exacerbation subaiguë de l'endartérite. Dilatation notable de la partie ascendante de l'aorte. Plaques scléro-athéromateuses, saillantes, à la surface interne de ce vaisseau. Insuffisance légère, probable, des valvules aortiques.*

Le nommé T... Frédéric, âgé de 45 ans, colporteur.

Entré le 1er mars 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 25.

Renseignements. — Cet individu, âgé de 45 ans, est colporteur.

Il dit s'être toujours parfaitement porté et avoir joui d'une bonne santé.

Très-vigoureux, il se livre à des travaux pénibles, porte de lourds fardeaux sur l'épaule. Jamais il n'a eu de sensation de palpitations; jamais il n'a été pris de dyspnée.

On ne relève pas d'antécédents syphilitiques; point d'accidents pouvant être mis sur le compte de l'alcoolisme; cependant il boit *la goutte* tous les matins, et 2 litres de vin par jour.

Pas de douleurs dans les jointures.

Il y a un an, après un travail pénible, couvert de sueur, il fut saisi par le froid. Le soir il eut des étouffements qui allèrent en augmentant progressivement. Cette dyspnée persistant, il vint, en août dernier, consulter M. Mesnet qui lui ordonna de la digitale et du bromure de potassium. Il se trouva bientôt un peu mieux; mais, en novembre dernier, les étouffements le reprirent, et, le 21 décembre 1876, il entra à l'hopital Necker, chez M. Potain, dont le diagnostic, au dire d'un élève, aurait été : aortite et emphysème. Il resta 5 semaines dans cet hôpital : on lui donna,

nous dit-on, du bromure de potassium, du kermès, et on lui fit prendre de nombreux vomitifs.

A la suite de l'administration d'un de ces vomitifs, il fut pris de douleurs vives, vers la partie moyenne du sternum, et il se trouva pendant quelques heures en proie à une grande angoisse. Ces douleurs ne s'irradiaient d'ailleurs pas dans le bras. Sa santé s'étant améliorée, il quitta l'hôpital pour aller à Vincennes; ensuite, après quelques jours, il sortit de cet hospice pour entrer à l'Hôtel-Dieu, chez M. Fauvel. Sorti de l'Hôtel-Dieu, il y a 8 jours, et la dyspnée persistant, il entre dans le service de M. Vulpian le 1er mars 1877.

Etat actuel. — C'est un homme vigoureux, fortement musclé; sa poitrine est large, bombée; les creux sous-claviculaires ont disparu.

Facies pâle, anémique; muqueuses apparentes décolorées.

Pas de voussure précordiale.

Quelques dilatations variqueuses des capillaires, sur le mollet gauche.

Léger œdème à la face interne des tibias.

Poumons. Percussion. — Augmentation réelle mais peu notable de la sonorité : il est vrai que les parois thoraciques du malade sont très-épaisses.

Auscultation. — Légère diminution du murmure vésiculaire en avant et en arrière. Pas de râles. — Le malade tousse un peu; il éprouve, de temps en temps, des chatouillements dans la gorge et il dit que sa voix a changé depuis quelque temps ; elle est un peu couverte.

Cœur. Palpation. — Le malade étant dans le décubitus dorsal, on perçoit à peine les battements de la pointe du cœur dans le cinquième espace intercostal et encore faut-il faire pencher le malade en avant.

Percussion. — Le cœur ne paraît pas augmenté de vo-

lume, mais il faut remarquer que l'individu est un peu emphysémateux et que ses parois thoraciques sont très-épaisses.

Auscultation. — Souffle rude au premier temps et à la base. Ce souffle, très-peu perceptible au niveau même de la base du cœur, devient de plus en plus net à mesure que l'on applique le stéthoscope sur des parties plus élevées du sternum. Il s'entend très-bien près du bord droit de cet os et il paraît augmenter, plutôt que diminuer, lorsqu'on remonte obliquement à droite, vers la partie interne de la clavicule du côté correspondant. C'est là même qu'il est le plus fort. Le deuxième temps est un peu soufflant dans ces mêmes points. En auscultant, en arrière, au niveau du bord spinal de l'omoplate gauche, on entend les deux souffles. Battement léger, perceptible à la vue et au toucher, au point où se produit le maximum du souffle.

Rien à la pointe. On y entend, au lointain, le souffle de la base.

Pouls. — Lent, régulier, un peu bondissant. Le tracé, au sphygmographe, est celui de l'insuffisance aortique, seulement la ligne d'ascension et la ligne de descente sont moins étendues que dans les cas d'insuffisance pure; il existe au sommet du plateau un petit crochet.

Foie. — Sain.

Rate. — Saine.

Appétit faible.

Le malade dort peu; il rêve beaucoup et se réveille souvent en sursaut, en proie à une dyspnée intense; c'est une dyspnée avec angoisse très-pénible; l'attaque dure 1 heure, 1 heure 1/2; le malade souffre beaucoup.

Urine. — Normale.

On diagnostique une aortite chronique avec exacerbation subaiguë de l'endartérite. Dilatation notable de la partie ascendante de l'aorte. Plaques scléro-athéromateuses,

saillantes à la surface interne de l'aorte. Probablement un peu d'insuffisance des valvules aortiques.

Traitement. — Digitale 0,10. — Sirop d'iodure de fer.

14 *Mars.* — Le malade est pris tous les soirs de dyspnée et réveillé en sursaut, il étouffe pendant plusieurs heures; l'heure à laquelle survient la dyspnée varie beaucoup : ou 8 heures; ou 11 heures; ou minuit.

On donne 1 gr. KI, avec sirop d'iodure de fer.

Puis 2 pil. de poudre de feuilles digitale de 0 gr. 10 chaque.

Chloral 2 grammes.

19 *Mars.* — Les accès de dyspnée augmentent; la dyspnée est toujours accompagnée d'un sentiment de constriction à la base du thorax. Au moment où la crise surprend le malade, il s'assied rapidement sur son lit, ou si la difficulté de respirer est très-prononcée, il se lève et se précipite à la fenêtre. La face est altérée et porte l'empreinte d'une vive terreur ; le malade est agité, bientôt le visage se congestionne et se couvre de sueurs ; puis survient une sensation angoissante très-pénible, des tendances à la syncope. La respiration est lente, difficile ; la difficulté de respirer ne va pourtant pas jusqu'à l'orthopnée proprement dite. Le malade n'éprouve point de douleurs propagées, ou vers la base du sternum, ou vers le bras gauche ; comme il le dit, il a simplement une sensation de constriction autour de la poitrine, avec tendance à se trouver mal lorsque cette sensation est très-accusée (menace de lipothymie).

La crise a une durée variable ; elle arrive très-vite, en moins de quatre à cinq minutes, à son maximum, puis elle décroît pour reparaître au bout d'un instant, exactement avec les mêmes caractères, parfois un peu plus accentués encore : elle dure ainsi pendant une ou deux heures ou plus.

Elle ne vient pas toujours aux mêmes heures, ou à 8 heures du soir, ou vers minuit, ou plus tard.

Le matin on trouve le plus souvent le malade pâle, défait, les traits du visage très-fatigués, en proie à une sorte de terreur, en souvenir de l'attaque de la nuit et par crainte de la voir se renouveler. Généralement il persistait, en outre, un peu de difficulté de la respiration.

4 *Avril.* — Brom. potas., 4 gr.

Iodure de potas., 1 gr.

Sirop de fer, 1 gr.

1er *Mai.* — Les crises reviennent de temps à autre.

5 *Mai.* — Les crises le prennent régulièrement presque tous les soirs à 6 heures, depuis 8 jours; elles sont un peu moins fortes ; on continue le traitement.

6 *Juin.* — Le malade quitte l'hôpital, à peu près dans le même état.

Obs. XLVI. — *Rétrécissement aortique avec hypertrophie du cœur et dilatation de l'aorte. Aortite chronique sans phénomènes douloureux concomitants. Grossesse régulière n'ayant pas influencé la marche de l'affection cardiaque.*

La nommée C... Sidonie, âgée de 18 ans, couturière.

Entrée le 25 mars 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 17.

Ses parents, très-âgés tous deux, sont bien portants et l'ont toujours été; ils n'ont eu, au dire de la malade, aucune maladie.

Elle raconte qu'elle-même a toujours joui d'une bonne santé ; mais il y a deux ans, elle a été atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu très-intense, qui a occupé successivement les coudes, les poignets, les genoux et les pieds. Cette maladie la força à garder le lit environ deux mois, au bout desquels elle fut obligée, pendant neuf mois encore, de se servir de béquilles pour pouvoir marcher.

Réglée à 14 ou 15 ans, elle a toujours été bien réglée jusqu'au 25 novembre dernier; depuis lors, elle a eu quel-

ques vomissements, quelques démangeaisons aux seins. Elle est enceinte de 8 mois environ.

Depuis son attaque de rhumatisme, c'est-à-dire depuis le mois de mars 1875, elle a toujours été faible; il lui était difficile de marcher, parce qu'elle se fatiguait très-vite. Elle monte assez bien les escaliers, mais cependant elle est alors un peu essoufflée.

Etat actuel. — La malade est grande, brune. Figure pâle, très-décolorée. État général excellent, cependant elle éprouve quelquefois des vertiges, surtout après ses repas. Voussure de la région précordiale. Douleurs assez vives, de temps à autre, dans toute cette partie de la paroi thoracique. En outre, au niveau du cartilage de la troisième côte droite, existe dans une étendue de 5 à 6 cent. en largeur sur 2 à 3 cent. de hauteur, un soulèvement assez marqué de cette portion du thorax ; la malade fait remonter l'apparition de cette surface bombée à deux ou trois ans.

La main droite est déformée par le rhumatisme ; l'extension normale des doigts est possible, mais la flexion est limitée par l'inextensibilité des prolongements de l'aponévrose palmaire aux tendons des doigts; elle ne peut s'effectuer au-delà de l'angle de 135°. Toute la main droite, comparée à la gauche, est amaigrie. Les espaces interosseux sont très-apparents.

Légère atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar. Rien de particulier dans les autres régions; quelques craquements secs aux deux genoux.

L'inspection de la région précordiale montre une voussure des plus évidentes.

A la palpation, on perçoit une sensation de frémissement très-net, surtout accusée au niveau de la base du cœur et coïncidant avec le premier temps ; cette sensation de frémissement n'existe pas à la pointe de l'organe, mais on la trouve dans toute la région de la base et même un peu à

droite du sternum. Le pouls est fort, un peu rebondissant, non intermittent. Le tracé au sphygmographe montre que la ligne d'ascension est très-peu élevée ; la ligne de descente est régulière.

Cœur. — La percussion dénote une matité plus étendue de la région précordiale, que dans l'état normal. L'auscultation fait entendre un bruit de souffle très-intense, avec maximum à la base ; ce bruit se propage sur le trajet de l'aorte ; il coïncide avec le choc du cœur et presque avec le pouls radial ; on le perçoit tout le long de l'aorte ; le maximum est au niveau de la partie interne de la clavicule droite. On n'entend pas le second bruit du cœur. Souffle léger dans la fosse sus-épineuse gauche ; on y entend très-nettement la propagation du souffle cardiaque systolique ; on l'entend encore, mais moins nettement, le long de la colonne dorsale.

Hypertrophie considérable du cœur. Pas d'irrégularité des battements. Rien à noter du côté des poumons. Urine normale. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Traitement. — La malade mange quatre portions. On lui donne des pilules de Blaud et du vin de quinquina. — De temps à autre, on fait des badigeonnages de teinture d'iode sur la région précordiale.

1er *Mai.* — La malade est accouchée normalement après un travail de trois heures.

2 et 3 *Mai.* — La malade se trouve assez bien ; elle a cependant un léger mouvement fébrile et son lait vient en très-petite quantité.

4 *Mai.* — Elle a vomi un peu dans la matinée ; elle a rendu d'abord le vin qu'elle prenait, puis les potages ; la tisane était assez bien supportée.

5 *Mai.* — Elle a eu des vomissements bilieux, quatre ou cinq fois dans la journée.

6 *Mai.* — Pas de douleurs abdominales.

7 *Mai.* — Douleurs légères dans la région du ligament large gauche ; le toucher du cul-de-sac du côté correspondant est douloureux.

8 *Mai.* — Les vomissements sont jaunâtres et se répètent fréquemment.

Température 38° 8.

Les conjonctives oculaires ont une teinte sub-ictérique.

A la face on remarque aussi cette teinte, le long du sillon naso-labial, aux tempes, etc. ; la teinte jaune existe également à la face inférieure de la langue. En somme, la malade a une jaunisse de moyenne intensité.

Pas de crises douloureuses ; pas de douleurs dans la région hépatique.

11 *Mai.* — Pas de vomissements aujourd'hui ; ils avaient du reste été moins fréquents hier ; pas de douleurs abdominales.

12 *Mai.* — Elle a encore vomi ce matin une fois.

13 *Mai.* — Pas de vomissements.

L'ictère semble rétrograder.

14 *Mai.* — La malade s'en va dans son pays malgré les conseils qu'on lui donne. L'état fébrile persiste, quoique très-atténué ; quelques douleurs abdominales ; levée, la malade a de la tendance à la syncope. L'état du cœur et de l'aorte ne s'est pas modifié sous l'influence de l'accouchement.

OBS. XLVII. — *Athéromasie artérielle. Gangrène sénile. Artère fémorale et ses branches, oblitérées par des caillots volumineux. Artères cérébrales normales, la plupart des autres artères étant au contraire très-athéromateuses. Ancienne caverne pulmonaire à parois cicatrisées.*

La nommée G..., âgée de 83 ans, domestique.

Entrée le 8 février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 1.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 83 ans, réglée à 14 ans, et toujours très-régulièrement, n'a jamais été atteinte de rhumatismes; la ménopause a eu lieu vers l'âge de 44 ans.

Elle a eu, étant jeune, de la gourme et des engorgements ganglionnaires.

Au moment où ses règles ont commencé, elle a été prise de douleurs névralgiques, qui ont duré pendant deux ou trois ans; elles occupaient tantôt la face, tantôt le thorax.

Elle n'a jamais fait de maladies sérieuses.

A 30 ans, fracture du bras gauche, et à 63 ans, surdité de l'oreille gauche.

Cette surdité est venue sans cause appréciable et s'est accompagnée de bourdonnements et de sifflements.

Depuis un an seulement, elle éprouve les mêmes phénomènes du côté de l'oreille droite ; ils consistent surtout en bourdonnements, mais ceux-ci cessent par instants, et alors les sons sont perçus presque normalement.

Il y a 4 ans, elle eut, à l'œil gauche, une conjonctivite très-intense et probablement une kératite, car elle déclare avoir souffert alors de douleurs autour de l'œil; il existait aussi de la photophobie avec du larmoiement.

Cette affection eut pour conséquence la formation d'une taie sur la cornée, taie occupant tout le champ visuel, de sorte que la malade, de son œil gauche, ne perçoit plus la lumière.

Depuis 6 semaines, elle a un tremblement continuel dans la main droite, avec des crampes et des élancements qui viennent par accès dans la journée, et qui l'empêchent de dormir.

Il y a 15 jours, elle a été prise subitement de douleurs lancinantes dans la jambe gauche et surtout dans le mollet.

Etat actuel. — Femme maigre ; elle peut à peine marcher, à cause de violentes douleurs qu'elle éprouve tout le

long de la jambe gauche. Ces douleurs sont très-vives, quand on comprime les parties molles avec la main.

Il n'y a pas de fourmillements, ni d'engourdissements. Il est d'ailleurs difficile d'obtenir des renseignements un peu précis, à cause de la surdité de la malade : cependant elle accuse nettement une sensation de froid.

La jambe gauche, en effet, est froide au toucher ; l'abaissement de la température est surtout marqué à la jambe et au pied ; la peau est bleuâtre ; elle est presque noire sur le pied ; les capillaires cutanés sont très-apparents. On ne sent pas le pouls de l'artère pédieuse gauche. On reconnaît, par le palper, que l'artère crurale gauche, au niveau de l'embouchure de la veine saphène, est oblitérée par un caillot solide, arrondi, qui paraît se propager très-loin ; l'artère est non-seulement dure au toucher, mais encore bosselée, inégale, comme rugueuse. Ses parois doivent être scléreuses, athéromateuses, et même en partie calcifiées. La palpation des artères radiales fait reconnaître que les parois de ces vaisseaux sont profondément calcifiées : ce sont des artères *en tuyaux de pipes*, comme on les nomme souvent. Le cœur bat faiblement ; on en perçoit à peine le choc contre la paroi thoracique. Pas de bruits anormaux.

La malade tousse depuis un an et elle est toujours oppressée. La percussion donne un son normal dans tous les points du thorax.

L'examen de la poitrine fait trouver des râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des poumons.

Elle a un peu de fièvre ; la peau est sèche. Appétit nul. Insomnies par suite des douleurs que la malade éprouve dans la jambe.

L'urine est rouge ; elle contient des dépôts calcaires et de l'albumine en assez grande quantité.

9 *février*. — Même état.

Traitement. — Vin de quinquina, café, potion cor-

diale ; frictions sur le pied et la jambe avec de l'huile de camomille camphrée. Bouteille d'eau chaude aux pieds.

10 *février*. — La teinte de la peau du pied est moins cyanosée que la veille, mais elle est toujours froide. La sensibilité ne paraît que diminuée, non abolie. Le petit orteil reste livide. Douleurs spontanées vives dans tout le membre, surtout dans la jambe et le pied.

11 *février*. — Mêmes phénomènes dans la jambe qui est froide au palper et offre des marbrures et des vergetures livides. Le petit orteil prend une teinte cyanique.

12 *février*. — La malade souffre toujours beaucoup. Les douleurs de la cuisse et de la jambe gauche sont d'une violence extrême, surtout la nuit, et il y a alors de véritables crises d'exacerbation, crises plus ou moins prolongées. La teinte cyanique gagne les autres orteils et le dos du pied dans une petite étendue, en même temps que le petit orteil devient complétement noir et insensible.

A cause de ces nouveaux phénomènes on fait un pansement sur la partie malade, avec de la charpie, imbibée d'alcool phéniqué. — La gangrène gagne le reste de la jambe ; la surface de la peau se couvre de phlyctènes. — Potion de Todd.

14 *Février*. — Même état ; adynamie profonde.

15 *février*. — Morte dans le coma.

Autopsie. — 17 *février*.

Appareil circulatoire. — L'aorte est parsemée de plaques athéromateuses ; l'hypogastrique présente aussi de ces plaques.

L'artère fémorale est complétement oblitérée par un caillot qui part de la naissance de l'épigastrique. Il se prolonge dans la fémorale profonde. Il existe également un caillot, d'un centimètre d'étendue, dans l'hypogastrique ; ce caillot part de son point d'origine.

Les artères des bras, des membres inférieurs, du tronc

sont fortement athéromateuses; elles sont dures, rigides; partout elles sont transformées en de véritables tuyaux calcaires.

Les plaques athéromateuses sont dures, saillantes, irrégulières; la plupart font saillie dans l'intérieur du vaisseau. Çà et là, surtout dans les gros vaisseaux, il y a un peu de bouillie athéromateuse.

Les caillots, sur la coupe, sont presque tous jaunâtres, résistants; ils adhèrent intimement à la paroi interne des artères qui les contiennent. Quelques-uns d'entre eux, et en particulier celui de l'épigastrique, sont mous, noirâtres, un peu diffluents au centre.

Le *cœur* est de moyen volume.

Le ventricule gauche est un peu hypertrophié; la valvule mitrale, un peu athéromateuse.

Appareil pulmonaire. — Le *poumon droit* présente une caverne énorme, cicatrisée; elle a la grosseur d'une mandarine. Dans le reste de l'étendue de cet organe, il existe des foyers de pneumonie chronique, de grosseur variable, ne dépassant pas cependant le volume d'une noisette. Le poumon gauche présente les mêmes lésions, à l'exception de la caverne.

Pas de gangrène pulmonaire, ni d'infarctus.

Cavité abdominale. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on ne trouve pas d'ascite. Le foie, un peu plus petit que normalement, paraît sain sur la coupe.

Rien dans la *rate.*

Kyste de la grosseur d'une noix dans le sommet du rein droit. Son tissu et celui du rein gauche sont normaux. Pas d'infarctus.

Cavité crânienne. — Les artères de la base de l'encéphale, ainsi d'ailleurs que toutes celles du cerveau, de la protubérance, du bulbe, sont remarquablement saines; sur aucune d'entre elles, et en particulier sur aucun des gros

troncs de l'hexagone, on ne remarque de trace de plaques athéromateuses. Pas d'anévrysmes miliaires.

Le tissu nerveux est un peu pâle, comme anémié. Il n'existe pas de foyers de ramollissements ou d'hémorrhagie ; pas de cicatrice, pas de vestige d'une lésion quelconque.

CHAPITRE V

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Quelques-unes des maladies de l'appareil digestif ont eu, comme on le sait, le privilége de jouer un grand rôle dans la pathologie générale des anciens médecins. Il ne faut pas remonter à des temps bien éloignés, pour avoir la preuve de l'influence considérable, attribuée par divers auteurs à certaines affections de l'estomac, relativement à la genèse de presque toutes les maladies.

Le nom de Broussais évoque le souvenir d'une époque assez récente où ce hardi novateur ne craignait pas de rapporter l'immense majorité des maladies à l'irritation du canal digestif, à la gastrite et à la gastro-entérite ; où la plupart des médecins, non-seulement en France, mais dans le monde entier, se laissaient subjuguer par sa véhémente passion oratoire, et où, conséquence grave de la prétendue doctrine physiologique, la saignée et les applications de sangsues sur le ventre constituaient le fond du traitement des affections les plus variées. Et, plus près de nous, n'a-t-on pas vu Beau faire de la dyspepsie la source,

la condition pathogénétique du plus grand nombre des maladies, de la phthisie elle-même.

De même que les anciens systèmes exclusifs, la séduisante construction théorique élevée par Broussais n'a pas tardé à s'écrouler : il a même eu le chagrin d'assister de son vivant à ce désastre. Quant à la théorie de Beau, elle n'a jamais pu, malgré le talent et la tenacité de son auteur, s'imposer à des contemporains plus sceptiques et surtout plus instruits.

L'étude attentive du malade ; l'observation, dégagée des préoccupations théoriques trop exclusives ; la physiologie, dont les progrès ont été si importants; l'anatomie pathologique, etc., ont permis d'établir sur des bases plus solides, l'histoire clinique des maladies du tube digestif, de celles de l'estomac en particulier. Tous les problèmes ne sont pas résolus, mais on peut dire qu'un grand nombre d'inconnues ont été dégagées.

Quelle différence, en effet, entre nos connaissances actuelles sur les dyspepsies et celles du passé. Sans remonter jusqu'à Sauvages et à Cullen, qui dissocièrent tous les symptômes de cette unité morbide, pour les décrire à part, sous des noms variés, il suffit de comparer, entre eux, les écrits de Broussais, de Barras, de Valleix, de Beau, de Chomel, de Guipon de Laon, de Durand-Fardel, de Brinton, de Fox, de Niemeyer, de Jones; les thèses, assez récentes, de MM. Bottentuit et Bachelet; les leçons, si pleines d'enseignements, des professeurs Lasègue et Hardy; l'étude pathogénique et physiologique faite par M. Vulpian dans ses leçons à la Faculté de Médecine ; les travaux de M. le Dr Leven ; les articles des livres classiques actuels, etc., pour comprendre les diverses phases par lesquelles est passée la question, et mesurer le progrès accompli.

Ces réflexions s'appliquent également aux autres mala-

dies de l'estomac : embarras gastrique fébrile, ulcère simple, gastrite chronique, cancers, etc.

La plupart des observations, contenues dans ce chapitre, sont des types de ces divers états morbides, et M. Vulpian a, bien des fois, fait ressortir leur importance, devant les élèves du service. Les autres détails cliniques concernent des affections de l'œsophage, du cœcum, du gros intestin.

Le cancer de l'œsophage peut être absolument latent, ou du moins ne traduire sa présence que par des phénomènes symptomatiques peu accusés : difficulté de la déglutition, douleurs lors du passage des aliments solides ou liquides. Ce n'est que plus tard, par suite de la marche progressive de l'affection, que l'ensemble des phénomènes morbides permet de reconnaître l'existence du carcinome; il en a été ainsi chez l'un de nos malades.

La typhlite, mot imposé par Albers pour désigner l'inflammation du cœcum qu'il confondit d'ailleurs avec la pérityphite, a donné lieu, relativement à son étymologie, à de nombreuses discussions. L'observation, analysée plus loin, montre, une fois de plus, que l'entérite commune, produite par l'ingestion de l'eau froide, peut, en se limitant au cœcum, être le point de départ de la maladie.

Enfin, la dernière observation, à peu près unique dans la science, est l'histoire d'un malade qui a présenté, pendant sa vie, tous les symptômes classiques de la cirrhose atrophique du foie et qui est mort, rapidement asphyxié, par suite de l'impossibilité d'évacuer les gaz distendant le gros intestin. A l'autopsie, on a trouvé cette partie de l'intestin démesurément dilatée, et contenant une énorme quantité de gaz et de matières fécales; et il n'y avait pas de lésions du foie!

L'étude détaillée de tous ces cas me paraît instructive.

L'observation XLVIII est relative à un cancer de l'œsophage, dont l'existence, pendant la vie, a été assez difficile à constater. Le diagnostic de cette affection est généralement possible, surtout quand le carcinome siége au niveau des premières portions du conduit œsophagien ; mais il n'en est plus ainsi lorsque la tumeur est située profondément, dans l'épaisseur du médiastin postérieur, par exemple.

Il s'agit, dans ce cas, d'un malade âgé de 48 ans, qui, autrefois, a fait de fréquents excès alcooliques ; ce malade ne présente rien de particulier à signaler au point de vue de l'hérédité, ni rien d'important à noter dans sa vie antérieure. Sans cause connue, sans phénomènes précurseurs, au commencement d'août 1876, un matin où, selon son ordinaire, il allait déjeuner de bon appétit, les aliments qu'il voulut manger ne purent passer; ils étaient arrêtés par *quelque chose qui lui serrait la gorge*, pour employer son langage; il y eut seulement un peu de bouillon qui parvint à l'estomac; et, depuis cette époque, aucun aliment solide, ou demi-liquide, comme purées, soupe, etc., ne put franchir l'œsophage ; parmi les substances liquides, le vin pur, le plus souvent, ne pouvait être ingéré, le bouillon seul était absorbé et bien supporté. Bientôt, l'affection continuant à progresser, il vomit des matières glaireuses, claires, transparentes, surtout la nuit. Jamais les vomissements n'ont renfermé la moindre trace de sang, ou de matières noires ; jamais le malade n'a souffert de l'estomac.

Dans ces conditions d'alimentation défectueuse, il maigrit, mais il ne se cachectisa pas. Plusieurs fois, on essaya de passer la sonde œsophagienne ; même avec la boule olivaire du plus petit calibre, on ne put parvenir dans l'estomac; la sonde était toujours arrêtée à quelques centimètres au-dessus du cardia. Une particularité, déjà observée dans d'autres cas, s'est présentée chez notre malade ; le

passage, pour les aliments liquides, à demi liquides, puis solides, s'est rétabli, pour longtemps, à la suite de l'une de ces tentatives de cathétérisme œsophagien, bien que la sonde n'eût pas franchi le point où siégeait la lésion.

Pendant les quelques mois qui précédèrent la mort du malade, l'alimentation fut plus ou moins difficile : parfois, en effet, les aliments liquides (bouillon, œuf), ou même la viande crue hachée, la viande cuite, le pain passaient bien ; d'autres fois, au contraire, rien ne pouvait franchir l'œsophage; aussi l'état général se ressentait-il de ces alternatives de bonne, ou de mauvaise alimentation relative. Le malade, en somme, ne paraissait pas trop affaibli, quand il fut pris rapidement de phénomènes très-graves d'*infection putride :* au bout de six jours, il était mort.

L'autopsie a parfaitement rendu compte, et de cette terminaison si prompte, et des particularités cliniques de l'observation. Dans le médiastin postérieur, au niveau de la scissure interlobaire du poumon droit, existait une cavité anfractueuse, pouvant contenir le poing; son fond était grisâtre, mamelonné; à son extrémité supérieure aboutissait l'œsophage, et de son extrémité inférieure, partait le même conduit; cette cavité, dans tous les autres points, était absolument close; les vaisseaux avoisinants étaient sains. Ainsi, l'œsophage, à ce niveau, avait, lentement, progressivement, été détruit par une tumeur cancéreuse, probablement par un épithélioma.

La disposition de cette poche, telle que nous l'a montrée l'autopsie, expliquait bien comment, les aliments, tantôt passaient, et tantôt, au contraire, ne pouvaient arriver à l'estomac; on comprenait aussi, par l'examen des parties, pourquoi la sonde ne parvenait pas au delà de quelques centimètres au-dessus du pylore. Il n'était pas difficile non plus de se rendre compte des phénomènes d'infection putride, développés dans son intérieur, pour une

double raison. En effet, la membrane muqueuse de l'œsophage, au niveau des points atteints, avait été détruite par le cancer, et la paroi ulcérée de la poche susdite, offrait une large surface d'absorption aux matières qui s'y accumulaient, c'est-à-dire aux substances alimentaires et aux produits ichoreux fournis par le travail ulcéro-cancéreux. D'ailleurs il faut tenir grand compte du vaste sphacèle qui s'était produit à la fin de la vie dans la région sacrée.

A ce point de vue, il y a quelques analogies entre ce fait et ceux cités par M. Béhier, dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu.

Dans ce cas, comme en bien d'autres du même genre, il faut encore noter l'absence presque complète de cachexie cancéreuse.

Les observations XLIX, L, LI, LII, sont des exemples d'*embarras gastrique fébrile ;* je les ai choisies entre beaucoup d'autres, parce qu'elles présentent certaines particularités, d'ailleurs bien connues, mais dont l'interprétation a varié suivant les auteurs. Dans tous ces embarras gastriques, le type fébrile a été nettement défini ; il a été rémittent. Tous les soirs, vers les 4, 5, 6 heures, les malades avaient des sensations de froid, de légers frissonnements le long du dos ; puis bientôt survenait une augmentation de la chaleur fébrile, et enfin, dans le courant de la nuit, des sueurs, quelquefois abondantes, terminaient le mouvement fébrile ; le matin, cependant, jamais la température ne descendait au degré normal. On sait que, dans ces conditions, une fois l'appareil digestif débarrassé par un purgatif ou par un vomitif, le sulfate de quinine est indiqué ; j'ai vu, en pareil cas, M. Marrotte obtenir de bons effets du chlorhydrate d'ammoniaque, administré à la dose de trois grammes. Ces formes d'embarras gastrique correspondent à l'une des variétés cliniques que les auteurs an-

ciens décrivaient sous le nom de *fièvres catarrhales;* les faits que nous citons, sont tout à fait analogues à ceux dont Stoll nous a laissé la relation. Cet auteur a beaucoup insisté sur l'élément névralgique qui accompagne si souvent ces embarras gastriques ; l'observation LII est un exemple d'embarras gastrique dans lequel cet élément névralgique (névralgie intercostale) existait; il faut remarquer cependant que la malade était névropathique depuis longtemps déjà. Elle venait d'être atteinte d'une névralgie sciatique, qui persistait encore, quoique très-atténuée, au moment où a débuté l'embarras gastrique.

Les observations LIII et LIV concernent des malades atteintes, très-vraisemblablement, d'*ulcère simple* de l'estomac. Leur histoire clinique est conforme au type classique. Il convient de faire les deux remarques suivantes : 1° les deux malades étaient des femmes jeunes; 2° l'une et l'autre étaient chloro-anémiques. Depuis que l'étiologie de l'ulcère rond de l'estomac a été l'objet de recherches approfondies, on a insisté beaucoup sur ce fait que très-souvent les malades, souffrant de cette affection, étaient des femmes jeunes, et des femmes chloro-anémiques. On a cherché à mettre ce fait d'observation en accord avec la théorie pathogénique qui, d'après un bon nombre d'auteurs, rendrait le mieux compte de la production de cette lésion : je veux parler de la théorie de l'embolie et de la thrombose.

Les observations LV, LVI, sont des exemples de cancer de l'estomac propagé au foie; dans l'observation LVI, le fait a été vérifié à l'autopsie.

Je ferai remarquer, relativement au carcinomateux de l'observation LV, que le malade, âgé de 54 ans, paraît avoir eu, étant jeune, quelques éruptions qui lui auraient occasionné de vives démangeaisons; il a été très-bien portant jusqu'à l'âge de 30 ans; à cette époque, il fut atteint d'une

hydarthrose du genou gauche; puis, quelque temps après, il eût un rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui dura trois mois; il n'y a d'ailleurs rien de net, relativement à l'hérédité : quoi qu'il en soit, il n'est pas sans intérêt d'appeler l'attention sur ces antécédents, puisque quelques auteurs ont insisté beaucoup sur cette succession des accidents, et sur le rapport qui, suivant eux, existerait entre certaines formes du rhumatisme et le cancer.

L'observation LVI est un bel exemple de cancer secondaire du foie; comme l'autopsie l'a montré, les noyaux primitifs siégeaient dans la tunique musculaire et dans le tissu conjonctif sus-jacent du pylore ; de là, le carcinome s'est étendu au pancréas, puis au foie. J'ai entendu bien des fois M. le professeur Vulpian, insister sur ce fait que presque jamais le *cancer du foie* n'est PRIMITIF ; pour lui, il est à peu près toujours secondaire, et en cherchant bien, on trouve quelque part le cancer primitif. Toutes les fois — et cela est bien rare — que l'on ne trouve pas de cancer dans d'autres organes, on doit conserver cependant quelques doutes et n'admettre le cancer primitif du foie que sous toutes réserves. Peut-être, en effet, les recherches n'ont-elles pas été suffisamment poursuivies. A ce propos, je citerai le fait suivant dont j'ai été témoin : un jour, à la salle d'autopsie de la Pitié, on présenta à M. Vulpian, un cancer du foie, comme un exemple de cancer primitif ; en effet, on avait cherché partout, et sans succès; un seul organe avait été oublié, la vessie; M. Vulpian l'ouvre ; toute la muqueuse, surtout au niveau du col, était envahie et détruite par un cancer. Dans un autre cas où le diagnostic, cancer primitif du foie, avait été posé après l'autopsie, M. Vulpian trouva un cancer végétant du conduit cystique. Du reste, les caractères que présente presque toujours la disposition du cancer du foie ne peuvent pas laisser de doutes sur son origine secondaire.

Je signalerai encore, à propos du malade de l'obs. LVI, le tableau du dosage de l'urée, tableau annexé à cette observation. Je possède, relativement aux affections du foie, du poumon, etc., plusieurs de ces dosages; j'y reviendrai plus loin, en examinant si ces faits concordent avec ceux de M. Brouardel. La numération des globules sanguins a été faite également : il est facile de se rendre compte, en jetant un coup d'œil sur le tableau, de la diminution du nombre des globules rouges, et de l'augmentation relative du nombre des globules blancs. L'examen microscopique du sang a montré l'existence de globules rouges, petits, irréguliers; l'attention a été attirée sur ces faits, dans ces derniers temps. On sait que, dans la plupart des cas, les microcytes sanguins trouvés dans le sang ne préexistent pas lorsque ce liquide est encore en circulation dans les vaisseaux. Lorsqu'on en rencontre dans le sang au moment même où il vient d'être obtenu à l'aide d'une piqûre, il est rare qu'en prolongeant un peu l'examen microscopique on n'en voie pas se former de nouveaux. Les microcytes ne sont le plus souvent que des hématies qui, au sortir des vaisseaux, probablement par suite de légères modifications qu'elles-mêmes et le plasma subissent à ce moment, laissent échapper une partie de leur substance constituante. C'est là du moins ce que professe M. Vulpian. D'après lui d'ailleurs, les microcytes préexistent parfois dans le sang en circulation : dans ce cas aussi, ils proviendraient d'une modification d'hématies ordinaires accomplies, non plus hors des vaisseaux, mais dans les vaisseaux eux-mêmes. La formation de nombreux microcytes, même dans le sang tiré des vaisseaux, indique un état anormal du sang, puisque cette formation n'a lieu que dans de rares cas. La nature de cet état anormal et sa signification sont des problèmes qui attendent encore leur solution. Il est permis de supposer qu'il y a là un indice d'un trouble du fonc-

tionnement des organes hématogènes les plus importants.

J'ajoute que dans le cas dont je viens de parler, il n'existait du reste dans le sang, ni bactéries, ni vibrions.

— L'observation LVII est un cas de *gastrite chronique*, avec état dyspeptique; gastrite chronique que l'on aurait pu parfaitement prendre pour un cancer de l'estomac, si on n'avait pas apporté, dans le diagnostic, la plus grande attention.

Le malade, âgé de 51 ans, ne présente rien à noter, au point de vue de l'hérédité; il fait commencer sa maladie au mois de *juillet 1873*. A cette époque de grandes chaleurs, il but beaucoup d'eau, et peut-être du vin; le soir même, il est pris de vomissements purement aqueux. Le lendemain, les vomissements se reproduisent; ils cessèrent pendant quelques jours et revinrent plus tard, avec les mêmes caractères; et ainsi plusieurs fois.

Le malade put travailler jusqu'au 25 décembre de cette année; ce jour-là, ayant encore bu plus que de coutume, il est pris de douleurs abdominales vives et de vomissements. Soigné pendant deux mois à l'hôpital, il sort guéri ou à peu près, et il reprend son travail. Au bout de quatre mois, mêmes accidents. A partir de ce moment, la maladie offrit les mêmes phases : tantôt cet homme était plus souffrant, et il entrait pour un certain temps à l'hôpital; tantôt, guéri en apparence, il travaillait, et au moindre excès, les vomissements revenaient. Lorsque le malade est venu dans notre service, il était profondément cachectisé, et sa figure avait la teinte jaune paille de la cachexie carcinomateuse.

La région épigastrique était douloureuse à la pression, dans toute son étendue; vomissements alimentaires, sans rapport avec l'heure des repas; dilatation énorme de l'estomac, avec bruit de glou-glou; *l'appétit s'est parfaitement conservé;* pas de tumeur appréciable dans la région de l'estomac. Le malade est resté longtemps en traitement à l'hô-

pital; il est sorti très-amélioré; la teinte cachectique de la face avait disparu : puis il est rentré de nouveau, présentant encore les mêmes symptômes. Il y a quelques jours (10 août), il était encore dans le service. Tout l'intérêt de cette observation réside dans la difficulté du diagnostic en pareil cas; il a suffi, d'ailleurs, de prendre en considération la longue durée des accidents, quatre ans; leur marche, la conservation de l'appétit, l'absence de tumeur, pour établir, malgré l'état général, le diagnostic : *catarrhe chronique de l'estomac.*

— L'observation LVIII est un cas de dyspepsie douloureuse, et un exemple des difficultés que l'on rencontre quelquefois, en pareille circonstance, pour faire le diagnostic, entre ce genre de dyspepsie et l'ulcère simple de l'estomac : peut-être, dans l'espèce, avons-nous eu affaire à un ulcère rond. Il s'agit, en effet, d'une femme de 32 ans, chloro-anémique, qui souffrait péniblement après chacun de ses repas; elle vomissait, etc. Ce qui nous a ramenés l'idée d'une *dyspepsie* ordinaire, c'est surtout la rapidité de la guérison. Il faut ajouter, que le diagnostic se trouvait encore compliqué par ce fait, que la malade disait uriner beaucoup, et que son urine contenait un peu d'albumine; de sorte qu'un instant, on s'est demandé s'il n'y avait pas de néphrite interstitielle, avec crises d'urémie gastro-intestinale; mais les phénomènes symptomatiques ont disparu trop vite, et d'ailleurs il n'existait pas d'autres signes de néphrite.

— L'observation LIX est un exemple type de *dyspepsie douloureuse*, avec tout son cortége symptomatique, toutes ses conséquences.

Le malade est un homme de 36 ans, amaigri, très-anémié. Il digère avec difficulté une quantité, même minime, d'aliments, surtout lorsqu'il s'agit de viande, de ragoûts. Il a des éructations acides; une sensation très-

pénible de pesanteur, de constriction à l'estomac, se produit à peine une demi-heure après le repas ; cette gêne dure une heure, deux heures même, à moins que le malade ne vomisse, ce qui arrive souvent. Il est tourmenté par une *constipation opiniâtre.* Il a des vertiges, et quand il marche, il lui semble que la terre s'ouvre sous lui ; il s'ennuie; il est hypochondriaque; il a des idées de suicide; tel est le malade! Il faut ajouter que, depuis deux ans, il a de la spermatorrhée.

Fils d'un père probablement tuberculeux, il avoue avoir fait des excès de coït; en outre, il a bu beaucoup, et il fume beaucoup; il y a donc toute espèce de raison pour qu'il soit devenu dyspeptique. Je ferai remarquer qu'il est atteint d'une *dyspepsie* extrêmement *douloureuse,* semblable à celles que produit l'usage combiné et immodéré du tabac et de l'alcool. D'après certains auteurs, le tabac, à lui seul, pourrait produire ces dyspepsies douloureuses : il y a eu dans le service, une jeune ouvrière de la manufacture des tabacs, qui en présentait un bel exemple. M. Hardy, dans ses cliniques, a beaucoup insisté sur ce côté de l'étiologie des dyspepsies.

— L'observation LX concerne un cas de typhlite vulgaire. Une seule particularité mérite d'être notée ; c'est celle concernant la cause occasionnelle de l'affection. Il y a un mois, ayant très-soif, le malade absorba une quantité considérable d'eau ; deux jours après, la nuit, il est réveillé par de violentes coliques; une diarrhée abondante s'établit. L'entéro-colite se limita et bientôt le cœcum resta seul, ou presque seul, enflammé.

— L'observation LXI est la plus remarquable de toutes celles de cette série; elle constitue, pour ainsi dire, un fait unique, et elle a, au point de vue théorique, comme au point de vue pratique, la plus grande importance; elle peut être intitulée: — Symptomes simulant ceux d'une cirrhose

ATROPHIQUE DU FOIE ET PRODUITS PAR UNE DILATATION HYPERTROPHIQUE ÉNORME DE LA MOITIÉ INFÉRIEURE DU GROS INTESTIN : *Homme opéré au moment de la naissance*, *pour une imperforation de l'anus.*

Le malade avait 38 ans; il entra à la Charité le 21 juin 1877. M. le Dr Revillout, après avoir entendu l'exposé de ce cas, fait par M. Vulpian, en a établi la relation clinique, dans la Gazette des Hôpitaux, relation que je vais reproduire. La pièce a été présentée par M. Duplaix, externe du service, à la Société anatomique; elle est aujourd'hui au Musée Dupuytren.

« — Le jour de son entrée à l'hôpital, le malade avait un ventre énorme, et qui présentait à la percussion deux zones distinctes : on trouvait supérieurement, et en faisant varier la position, toujours dans les parties déclives, assez régulièrement jusqu'au même niveau, une matité très-nette, correspondant à une fluctuation manifeste, et dans la zone supérieure, au contraire, une sonorité tympanique. La circulation en retour, intra-abdominale, devait être gênée, car tout l'*ensemble des veines superficielles*, qui rampaient sous la peau du ventre, avait pris un *développement considérable*, de manière à permettre une circulation veineuse supplémentaire des plus actives. L'œdème des membres inférieurs était peu marqué.

« La première pensée qui devait venir à l'esprit, d'après ces données, était celle d'une *cirrhose atrophique du foie*, mettant obstacle à la circulation de la veine-porte, et amenant consécutivement de l'ascite, du gonflement des veines superficielles, et dans les membres inférieurs, un peu d'œdème. Ce diagnostic, une fois porté, rien ne venait le contredire absolument.

« Le malade racontait que son ventre avait grossi peu à peu. Il s'était senti gêné dans la respiration, et facilement oppressé, quand il faisait le moindre effort, par suite du

refoulement de la base de la poitrine et du diaphragme de bas en haut.

« Interrogé sur son passé, il dit incidemment qu'ayant, à sa naissance, l'anus imperforé, il avait subi à ce moment une opération qui avait parfaitement réussi, et à la suite de laquelle on lui avait fait conserver, pendant 7 ans, une canule dans l'ouverture artificiellement pratiquée, et constituant le nouvel anus. Du reste, il n'attachait lui-même aucune importance à cette particularité de son existence, et le fait ne frappa pas tout d'abord, et ne sembla pas avoir de rapport avec la maladie actuelle. Il avait pu vivre comme tout le monde; il s'était marié et était devenu père de famille. Pourtant il éprouvait toujours une certaine gêne pour aller à la garde-robe. Il faisait de longs efforts pour parvenir à rendre une minime quantité de matières semi-liquides.

« Dans les derniers temps, quand vint la période où il se regarda comme sérieusement malade, il fut souvent pris d'une angoisse extrême, revenant par crises. Il se sentait anhélant, étouffé ; il faisait des efforts inouïs, pour dégonfler son ventre, et quand il arrivait à faire sortir un peu de gaz, il se trouvait aussitôt soulagé. Dans l'intervalle des crises, il était bien portant.

« En présence des phénomènes qui viennent d'être racontés, il parut évident que la première indication à remplir était de diminuer l'ascite par une ponction abdominale. Cette ponction devait avoir lieu le lundi. Le samedi 23, le malade, à la visite du matin, semblait dans un état assez satisfaisant; bien entendu, le ventre n'avait pas diminué de volume; les veines sous-cutanées, grosses comme le doigt, en très-grand nombre, sur les côtés, jusqu'aux aisselles, et en avant, jusqu'au sommet de la poitrine, étaient pleines de sang, mais il n'y avait pas d'oppression bien sensible, et rien ne faisait prévoir une mort prochaine.

« Vers le milieu de l'après-midi, quelque temps après l'administration d'un lavement purgatif, cet homme se rendit aux cabinets ; on l'y trouva bientôt, par terre, couché sur le ventre, se pressant contre le sol, et se comprimant l'abdomen de ses deux mains, s'efforçant ainsi d'arriver à une évacuation qu'il ne pouvait pas obtenir. Il étouffait ; il était violet ; il avait déjà le délire ; on le transporta sur un lit ; on courut avertir l'interne de garde qui se hâta pour faire une ponction abdominale *in extremis;* il était trop tard : quand l'interne arriva, le malade était mort.

« A l'autopsie, au lieu de la cirrhose que l'on s'attendait à trouver, on constata une dilatation extraordinaire de l'S iliaque et du rectum. Ces deux parties du gros intestin formaient ensemble *une poche énorme* qui éclata, en faisant entendre une violente détonation, quand on y porta le scalpel ; elle laissa sortir, en même temps, une grande quantité de gaz et de matières fécales en bouillie liquide. Lorsqu'on la mesura, le lendemain lundi, bien que revenue sur elle-même et très-amoindrie, *cette poche* avait encore *90 centimètres* au moins *de longueur* et *70 centimètres de circonférence*, à sa partie moyenne. L'*anus* fut trouvé très-étroit, et resserré de toute part, par un *tissu cicatriciel résistant;* à peine y pouvait-on faire pénétrer l'extrémité du doigt ; immédiatement au-dessus de l'obstacle commençait la dilatation de l'intestin. Cette dilatation offrait cela de particulier que les *parois,* loin d'être dilatées et amincies, comme on aurait pu le supposer, étaient, au contraire, singulièrement *hypertrophiées et fortifiées* dans toutes leurs parties constitutives. Le tout avait une *épaisseur de un demi-centimètre* environ, et l'on voyait sur la surface interne des glandules grossies et des groupes de follicules clos plus apparents que d'ordinaire ; de plus, à la face interne de la muqueuse, il existait des *fissures énormes;* ces fissures étaient artificielles, ou du moins *post mortem;* c'est une de

ces fissures qui, en se rompant, a déchiré la poche, au moment de la section des parois abdominales. Le foie était sain; également, la rate.

Nous avons ici la démonstration la plus évidente du mécanisme suivant lequel viennent à se produire l'hypertrophie compensatrice du cœur, par suite de certaines lésions d'orifices, celle de la vessie par suite du rétrécissement uréthral, etc., etc. Dans tous ces cas, il s'agit d'organes creux, contractiles, cherchant à se vider, et d'un obstacle à vaincre. L'obstacle n'est pas tel qu'il ne cède en partie sous l'effort. Le dégorgement, bien qu'imparfait, n'est pas nul, et le résultat de la contraction exagérée est, en somme, suffisant pour que cette contraction ait une raison d'être.

« Telles sont, en effet, les conditions au milieu desquelles se produit, en général, la dilatation hypertrophique. Autrement, s'il n'y a pas lutte, si la contraction la plus énergique doit être inefficace, tant l'obstacle est complet, l'organe cède, et il s'affaiblit en s'étalant.

« Il y a là un fait brutal, qui s'impose et doit être admis dans les écoles, et je dirais presque, au point de vue philosophique, dans les sectes les plus diverses. Il faut reconnaître dans des actes même inconstants de l'économie, une certaine loi d'utilité, ou, en d'autres termes, une appropriation plus ou moins complète de l'organe aux conditions dans lesquelles il se trouve pour l'accomplissement de sa fonction.

« Cette accommodation de l'organe est, pour le moins, aussi évidente en physiologie qu'en pathologie. Il y a bien longtemps que les plus grands observateurs en ont été frappés.

« Dans son admirable traité *de Utilitate partium*, Galien n'a fait que développer, en l'appliquant à toutes les parties du corps humain, cette idée féconde.

« Cuvier s'est appuyé sur elle pour reconstruire, avec quelques débris, un monde d'animaux fossiles.

« Darwin lui-même s'en inspirait inconsciemment en définitive, car tout en admettant une multitude d'essais informes et transitoires, il reconnaissait que les seules espèces permanentes étaient celles qui s'adaptaient bien aux nécessités fonctionnelles dans des conditions de milieu déterminées.

« Enfin, tout dernièrement, c'est elle que M. le professeur Broca a reprise magistralement, dans ses magnifiques leçons sur ce qu'il nomme, on ne sait pourquoi, anthropologie comparée. C'est avec son aide qu'il a fait comprendre et rendu palpables les différences de constitution, dans chaque partie du squelette, qui séparent les uns des autres les divers genres de singe et tous ces genres de l'homme; le moyen variant avec le but, et l'organe avec la fonction.

« En physiologie pathologique, on voit souvent aussi que, suivant la formule de M. Jules Guérin « la fonction fait l'organe, » c'est-à-dire que l'organe se plie, du moins dans certaines limites, aux nécessités du moment.

« Le résultat final est-il toujours utile, comme on le supposait alors que l'on nommait l'hypertrophie compensatrice du cœur, une hypertrophie providentielle ?

« Non, sans doute; il peut arriver que la lutte contre l'obstacle, entreprise ainsi par l'organe, qui cherche à se vider quand même, tourne au préjudice de l'individu.

« Nous en avons un exemple frappant dans l'observation qui précède.

« Cet homme succomba par l'effort énergique que cette poche intestinale, devenue si grande et si vigoureuse, faisait pour se débarrasser. Le matin encore, il se disait bien, et ne se plaignait pas d'oppression; l'intestin dilaté ne se contractant pas, pelotonné en quelque sorte dans l'abdomen, y trouvait sa place, et rien ne pouvait faire prévoir

une issue funeste si prompte, malgré le développement du ventre. Mais quand les coliques survinrent, quand cette poche musculaire, longue de près d'un mètre, se redressa en raidissant, quand les contractions synergiques de tous les muscles abdominaux vinrent concourir à ce même effort, le diaphragme fut refoulé et la poitrine comprimée à un tel point que la respiration devint impossible. Le malade mourut étouffé, non point *passivement*, pour ainsi dire, comme il arrive dans une ascite qui se développe graduellement, mais par un mécanisme actif, par une contraction musculaire qui lui comprimait la poitrine.

« Il avait déjà failli mourir de cette manière, à ce qu'il avait raconté. Plus d'une fois, il avait éprouvé un pareil sentiment d'angoisse et de suffocation. C'était ce qu'il nommait ses crises, crises qui cessaient d'ordinaire une fois l'intestin au repos, quand la surcharge en était diminuée par une selle, même assez minime, ou par l'émission de quelques gaz. Le soulagement était immédiat et assez complet pour causer une sensation de bien-être.

« Quand l'autopsie eut donné le mot de la maladie, on se remémora toutes ces circonstances qui auraient pu servir de base à un diagnostic différentiel, si l'on avait prévu la possibilité d'un cas semblable. En effet, ce n'est point par crises de ce genre que l'oppression se fait sentir quand il s'agit d'une cirrhose atrophique. On n'a pas ainsi des intervalles de bien-être. Le mal suit constamment sa marche, en produisant un état cachectique, qui ne cesse point et s'accroît toujours. Or, on ne peut pas dire que cet homme fut réellement cachectique. Le matin de sa mort, sa figure était vraiment bonne, assez fraîche, assez rose; et c'est là un signe sur lequel M. Vulpian appela l'attention. Un autre signe également rappelé de souvenir par cet habile observateur, et qui aurait pu faire écarter l'idée d'une ascite, c'est que le ventre était, jusqu'à un certain point, en carène,

pour ainsi dire, plus soulevé qu'il ne l'eût fallu vers la ligne médiane, surtout vers la base de la poitrine, au lieu d'être un peu étalé, ou régulièrement globulaire, comme on l'observe en général en cas d'épanchement de sérosité dans le péritoine.

« Maintenant, si l'on se demande quelle a pu être l'évolution de l'affection dont cet homme est mort, il est facile de s'en rendre compte.

« Depuis un temps indéterminé, le gros intestin ne s'est jamais vidé d'une manière complète.

« Il existait pourtant une ouverture anale qui permettait même d'administrer à ce malade des lavements.

« Il paraît donc, au premier abord, assez étrange que cette ouverture n'ait pas laissé passer les liquides et les gaz dont l'intestin était rempli dans les derniers jours de la vie.

« Mais c'est qu'il existait, en outre, comme on l'a vu à l'autopsie, dans cette poche intestinale, un grand nombre de corps trop volumineux et trop durs pour trouver passage à travers l'ouverture anale, limitée de toutes parts par une cicatrice inextensible. Des os de lapin, des noyaux de pêche, de prune, jusqu'à un bouton de culotte, ont été recueillis plus ou moins incrustés de sels calcaires; quelques-uns servaient de noyaux à des calculs intestinaux d'un gros volume. Lorsque le malade faisait effort pour aller à la garde-robe, il arrivait sans doute qu'un de ces corps se présentait à l'orifice, y faisait soupape et mettait obstacle à la sortie même du gaz. Alors le malade changeait de position, se tournait de tous côtés, se pressait le ventre de toutes manières, se tordait en tout sens et il parvenait ainsi parfois à rétablir momentanément le cours des matières, en déplaçant le corps étranger.

« Ceux qui ont des calculs dans la vessie procèdent à peu près de même, dans des circonstances et dans un but très-analogues.

« L'intestin se désencombrait dans une proportion suffisante pour que sa contraction ne fût plus mise en jeu par une réplétion excessive, mais il restait assez dilaté pour comprimer la veine-cave et nécessiter le développement d'une circulation veineuse supplémentaire par le réseau superficiel.

« Dans de telles conditions, il fallait peu de chose pour causer la mort. Un lavement purgatif en a été l'occasion. Mais il est certain que cet homme aurait bientôt fini par succomber dans une de ses crises, si l'on n'était pas intervenu chirurgicalement, en débridant ou dilatant l'anus artificiel, ce dont rien ne donnait l'idée.

« Nous ne ferons qu'indiquer en passant l'intérêt que cette observation offre au point de vue chirurgical.

« C'est un bel exemple d'un succès durable, après la création sur place d'un anus chez un enfant nouveau-né imperforé.

« Mais c'est aussi la démonstration des dangers qui peuvent encore, après des années, résulter de la rétraction cicatricielle.

« Une fois l'éveil donné, ces dangers sont assez faciles à prévenir ou à écarter quand ils existent. Mais un cas comme celui-ci était nécessaire pour provoquer à leur sujet la sollicitude prévoyante des praticiens. »

Je n'ajouterai que quelques mots à l'intéressante relation publiée par M. le Dr Révillout. Il est nécessaire de dire que l'étude de la fluctuation abdominale était venue confirmer l'idée qui s'était présentée la première à l'esprit, c'est-à-dire celle d'une cirrhose du foie avec ascite. En effet, on trouvait une fluctuation manifeste dans toutes les parties déclives de l'abdomen ; cette fluctuation était due à l'existence d'une grande quantité de matières fécales liquides dans cette énorme poche qui remplissait presque

tout l'abdomen. Il convient de rappeler aussi que le gonflement du ventre avait précédé l'apparition des premiers indices d'œdème des membres inférieurs. On doit ajouter encore que, bien qu'il ait parlé de malaises, d'angoisses antérieurement éprouvées, de difficultés pour aller à la garde-robe depuis des années, cet homme cependant n'avait jamais insisté sur ces antécédents et avait répété plusieurs fois qu'il n'était en réalité malade que depuis quelques mois. Enfin il n'est pas inutile de noter que l'on n'a eu ce malade sous les yeux que pendant deux jours et que l'on n'a pas pu procéder à un nouvel interrogatoire qui aurait peut-être fait naître des doutes sur l'exactitude du diagnostic posé.

Le mécanisme supposé par M. Révillout pour expliquer les difficultés de la défécation ne me paraît pas devoir être mis en cause. Les corps étrangers étaient en effet situés dans le cœcum, et non dans la dernière portion du côlon. Il faut bien plutôt penser que ces difficultés remontent à la naissance même, et qu'elles n'ont été que diminuées par l'opération faite alors. Il est probable que c'est dès les premiers temps de la vie que la partie inférieure du gros intestin a commencé à se dilater et que les parois de cet intestin se sont hypertrophiées. L'opération qui a ouvert l'anus imperforé n'a créé qu'un passage insuffisant pour les matières fécales. De là des défécations incomplètes, un séjour habituel des excréments dans le gros intestin; des besoins fréquents d'aller à la garde-robe, et une lutte renouvelée sans cesse de la tunique musculeuse de l'intestin contre l'obstacle formé par un anus trop étroit. Au fur et à mesure que la dilatation augmentait, les contractions de l'enceinte musculaire de l'abdomen ne pouvaient plus diriger d'une façon régulière les efforts d'expulsion vers l'ouverture anale, et une partie seulement des gaz et des matières pouvait être rejetée. C'est ainsi que l'on peut s'ex-

pliquer pourquoi des gaz et des matières presque liquides étaient retenus, et pourquoi le malade arrivait à favoriser leur expulsion en faisant varier son attitude, en se pressant l'abdomen contre le sol, etc.

Il existe dans la science au moins un exemple ayant quelques rapports avec le précédent; la pièce est déposée au musée Dupuytren sous le n° 390; elle a été présentée à la Société Anatomique, en 1842, par M. le Dr Oulmont; il s'agit aussi, dans ce cas, d'une dilatation d'une partie du gros intestin, avec hypertrophie notable des parois. En lisant l'observation, d'ailleurs incomplète, on ne comprend pas bien le mécanisme en vertu duquel s'est produite la dilatation; du reste, cette dilatation était bien moins considérable que chez notre malade.

OBSERVATIONS

Obs. XLVIII. — *Cancer de l'œsophage, situé à la partie moyenne du médiastin postérieur. — Vaste poche créée par le travail ulcéreux. — Infection putride. — Mort.*

Le nommé B... Eugène, 48 ans, cocher.

Entré le 16 décembre 1876, salle Saint-Jean de Dieu, lit n° 21.

Antécédents. — Ce malade était, disait-il, d'une vigoureuse constitution. Il travailla, jusqu'à 20 ans, dans les filatures des Vosges; puis, en 1852, vint à Paris, où il fut atteint d'une fièvre typhoïde assez grave. Complétement remis au bout de 2 ou 3 mois, il se remit au travail; il était employé alors au chemin de fer d'Orléans.

En 1862 il quitta le chemin de fer et se fit marchand de

vins. En 1875, il est cocher. Il avoue avoir bu énormément de vin et d'absinthe surtout lorsqu'il était marchand de vin. *Pas de syphilis.* Son père, d'une bonne constitution, est mort d'une hernie. Sa mère, très-vigoureuse, vit encore.

Il a trois sœurs et un frère, très-bien portants tous les quatre.

Au commencement d'août 1876, un matin, où, selon son ordinaire, il allait déjeuner de bon appétit, les aliments qu'il avala ne veulent pas passer; ils sont arrêtés par « *quelque chose qui le serre dans la gorge* » au niveau de la première pièce du sternum; rien, sauf son bouillon, ne peut parvenir dans l'estomac.

Depuis cette époque, ni les aliments solides, ni les purées, ni les soupes, ne purent passer; le vin pur, lui-même, est rejeté après avoir été arrêté *par cette chose qui lui serre la gorge.* Le malade est obligé de se nourrir de lait, de bouillon, d'œufs frais et de vin coupé d'eau. Malgré son grand appétit et son désir d'ingurgiter des aliments solides, il ne peut avaler que des liquides.

A partir de ce moment il commence à rendre des matières glaireuses, surtout la nuit, mais ces matières glaireuses sont toujours claires et transparentes. — Elles furent examinées avec soin par sa femme et par lui; ils ne purent jamais y découvrir la moindre trace de sang ou de matière noire.

Jamais il ne ressentit de douleurs dans l'estomac ni dans le ventre. — Il ne souffrit, ni de diarrhée, ni de constipation. Il allait à la selle d'une façon régulière, ne rendant d'ailleurs qu'une petite quantité d'excréments.

De temps en temps il a un peu de céphalalgie.

Il dit avoir considérablement maigri et s'être énormément affaibli depuis cette époque.

Le 16 décembre 1876, il entre à l'hôpital.

2 *janvier* 1877. *Etat actuel.* — Le malade est très-amaigri; son teint cependant est assez coloré et ne présente

aucune teinte cachectique. Faiblesse notable; le malade se fatigue très-vite.

Après chaque repas, le malade, qui d'ailleurs ne peut avaler aucun aliment solide, vomit; ce vomissement, et il insiste là-dessus, a lieu immédiatement à la fin du repas ou pendant ce repas, quand l'aliment qu'il a pris ne doit pas passer dans l'estomac.

Ainsi il prend une bouchée de pain, une gorgée de vin pur; aussitôt il éprouve une sensation de constriction dans la gorge au niveau de la première pièce sternale, et il rend immédiatement ce qu'il a pris; si le liquide avalé parvient à passer, le malade ne le vomit plus.

Jamais il ne lui serait arrivé de rendre ses aliments un certain temps après le repas; nous avons insisté beaucoup sur ce point auprès du malade, qui nous a affirmé ne vomir ses aliments, quand il les rendait, qu'immédiatement après le repas. (On s'est assuré du fait plusieurs fois.)

Jamais il n'a vomi de matières noires. Les glaires qu'il rend parfois sont toujours parfaitement claires.

Interrogé à plusieurs reprises pour savoir s'il n'aurait pas avalé des liquides caustiques, ou des os brisés, ou des arêtes, une épingle, etc., le malade a toujours répondu négativement.

L'examen de l'abdomen pratiqué avec le plus grand soin ne révèle l'existence d'aucune tumeur dans la région épigastrique, ni ailleurs. Les manœuvres d'exploration ne provoquent aucune douleur. Le ventre est souple; la peau offre l'aspect normal.

Foie. — Il paraît y avoir un certain degré d'augmentation de son volume. Aucune douleur à la percussion.

Rate. — Un peu hypertrophiée.

Cœur. — Sain.

Poumons. — Quelques râles sonores. Le malade tousse un peu. — Sonorité normale. — Pas d'ictère.

Pas d'œdème des membres inférieurs. Pas de bouffissure de la face.

Urine. — Ni sucre, ni albumine. Aucun dépôt spécial.

Traitement. — On cherche à varier, autant que possible, l'alimentation liquide.

On donne, de plus, quelques gouttes de teinture de noix vomique.

La dernière moitié du mois de décembre est assez bonne; peu de vomissements.

5 *janvier.* — Le malade a toussé toute la nuit.

Quelques râles ronflants au sommet du poumon droit.

6 *janvier.* — Le malade n'a pu boire son lait; il l'a rendu immédiatement.

7. — Le malade a pris un potage au vermicelle, ce qu'il n'avait pas fait depuis longtemps. — Toux diminuée.

8. — Le malade a beaucoup souffert de la gorge la nuit; il tousse continuellement.

Râles ronflants des deux côtés de la poitrine, en haut (surtout à droite).

L'examen des divers organes, pratiqué de nouveau très-attentivement, donne les mêmes résultats négatifs. On formule le diagnostic suivant : Rétrécissement de l'œsophage, produit vraisemblablement par un épithélioma de la membrane muqueuse œsophagienne.

14. — Le malade a vomi la veille, matin et soir, son potage qui n'est pas parvenu jusqu'à l'estomac, malgré des efforts persistants. Ce matin il a bu du lait.

15. — Le malade ne peut toujours pas déglutir ses potages.

L'introduction d'une sonde œsophagienne, à bout olivaire de petit volume, est facile jusqu'à quatre ou cinq centimètres environ au-dessus du cardia. Là, on rencontre un obstacle que l'on n'a pas franchi.

17. — Les potages passent.

18. — Constipation opiniâtre.

20. — Le malade dit s'affaiblir ; il tousse beaucoup ; il ne peut guère prendre que du lait.

21. — Il vomit le matin.

1er *février* 1877. — On le nourrit, depuis huit jours, avec de la viande crue, hachée.

Le malade reprend des forces et ne vomit plus.

5 *février*. — Il avale avec plus de difficulté et vomit depuis deux jours.

6. — Le malade ne peut plus rien boire, même le lait.

8. — Les vomissements ont cessé, le malade peut, de nouveau, manger de la soupe.

10. — Un peu de nausées après l'ingestion des aliments.

22. — Le malade avale avec facilité la soupe, le potage et des petits morceaux de pain ; — il engraisse et reprend à vue d'œil.

3 *mars*. — Léger mouvement fébrile le soir.

12 *mars*. — On lui passe la sonde œsophagienne, sans aller plus loin qu'autrefois. — Le malade arrive à pouvoir déglutir des petits morceaux de pain et de viande.

4 *avril*. — *Polyurie* (3 litres) ; un peu d'albumine dans l'urine, d'une façon intermittente.

1er *mai*. — Le malade reprend et engraisse.

8. — Depuis quelques jours le caractère du malade change ; il devient taciturne ; l'appétit diminue, la face jaunit, et il maigrit.

15. — Le malade est pris d'un léger frisson dans la matinée.

18. — Frisson intense, avec claquements de dents, et élévation notable de la température : le matin, à 9 heures 39° 4) ; frisson suivi de sueurs abondantes.

Le malade maigrit ; la teinte subictérique de la face augmente ; il a un peu de céphalalgie ; somnolence, stupeur ;

quelques nausées. Injection sous-cutanée de deux centigrammes de lactate de quinine.

19. — Même état, frisson au moins aussi intense que la veille; la stupeur, l'abattement augmentent. — T. (39°4).

Injection de lactate de quinine, 2 centigrammes.

20 *mai*. — Le malade est de plus en plus abattu, dans un demi-coma.

Il comprend à peine les questions qu'on lui adresse; mais il faut remarquer qu'il est devenu sourd depuis les injections de lactate de quinine.

La teinte subictérique se prononce encore davantage et le malade maigrit à vue d'œil. (T. 39°8, le soir.) Injection de lactate de quinine, un centigramme.

Le malade fait sous lui. — Il vomit.

Polyurie comme autrefois, et légère quantité d'albumine dans l'urine, mais d'une façon intermittente. Commencement d'eschare dans la région sacrée.

21. — Le malade est dans un coma complet, dont on ne le tire qu'avec grande difficulté, et c'est à peine s'il comprend alors les questions qu'on lui fait. — Ecchymose à l'œil droit; la pupille est un peu contractée. — Il fait sous lui.

Le pouls est petit, fréquent, un peu irrégulier, trémulant.

Rien au cœur.

Quelques râles de bronchite, et un peu de râles sous-crépitants dans les 2 poumons, à leur base, et en arrière.

Pas de diarrhée.

On constate sur les jambes des plaques brunâtres, comme pigmentées, semblables à celles que produit, à la longue, un eczéma variqueux. — Ces taches n'existaient pas à son entrée à l'hôpital et il est certain qu'elles ne se sont formées que depuis quelques jours.

22 *mai*. — Urine ammoniacale. Pas d'albumine. T. soir (39° 7).

Le malade est dans un coma absolu.

Il semble qu'il existe de la paralysie faciale droite, avec parésie du bras droit.

Eschare noirâtre énorme, couvrant le sacrum et s'étendant sur la fesse droite et le grand trochanter; elle est entourée d'une vaste auréole rougeâtre. (T. 39° 8.)

Le malade fait sous lui.

La poitrine est pleine de râles sibilants en arrière, et surtout en bas.

Le malade maigrit avec une rapidité effrayante.

Le 23 mai, à 3 heures du matin, il meurt dans le coma (T. 39°).

Autopsie. *Cavité thoracique.* — Dans le médiastin postérieur, au niveau de la scissure interlobaire du poumon droit, existe une cavité anfractueuse pouvant contenir le poing; elle est à fond grisâtre, et elle présente une série d'inégalités grisâtres, mamelonnées.

A l'extrémité supérieure de cette cavité, aboutit l'œsophage. De son extrémité inférieure part également ce conduit qui, après quatre centimètres de trajet, se termine dans l'estomac. — Cette cavité est donc formée aux dépens de l'œsophage ulcéré dans le médiastin postérieur, et limitée de chaque côté par la face interne des lobes pulmonaires; en arrière par la colonne vertébrale, au niveau des 4e, 5e, 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales. Les vaisseaux passent dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'excavation et sont intacts. — Cette excavation est fermée en avant par le hile du poumon.

En somme, il existait là, dans le médiastin postérieur, une cavité recouverte de gros bourgeons, cavité limitée comme il est indiqué; cette cavité est formée aux dépens de l'œsophage détruit par un néoplasme épithéliomateux.

L'examen des bourgeons gris, contenus dans l'épaisseur de la cavité, a permis de reconnaître la structure des épithéliomas. — Le poumon n'est pas ulcéré.

Vaisseaux et nerfs du médiastin postérieur sont intacts.

Péricarde. — Sain.

Cœur. — Tissu mou, couleur feuille morte.

Le cœur est volumineux, dilaté. — Pas de lésions des orifices auriculo-ventriculaires; pas d'athérome de l'aorte.

Poumon gauche. — Siége d'une congestion œdémateuse dans toute sa hauteur. — Pas de tubercules, ni d'abcès métastatiques.

Poumon droit, idem. — Le lobe inférieur est recouvert par la plèvre viscérale, très-épaissie, sur toute la face externe.

Cavité abdominale. — Le *foie*, dans son ensemble, est augmenté de volume.

La surface est parsemée de granulations jaunes plus ou moins considérables.

Le tissu du foie est assez résistant sur les coupes, on note la teinte jaune roux, caractéritique de la cirrhose. — Les lobules sont séparés, les uns des autres, par des brides conjonctives assez marquées. Ils se dessinent en relief et la plupart sont jaunes, comme graisseux.

Pas de calculs biliaires.

Rate, volumineuse : périsplénite; la capsule fibreuse est revêtue de néo-membranes dont les unes sont de formation récente. — Tissu mou, diffluent; couleur non changée.

Rein droit. — L'enveloppe est un peu adhérente par places. — Toute la surface externe est parsemée d'une multitude de petites taches anémiques, grosses comme des grains de mil, qui pénètrent, dans l'épaisseur du tissu, à quelques millimètres de profondeur. Au premier abord on croirait avoir affaire à des tubercules, mais ce sont de petits abcès miliaires.

Sur les surfaces de la coupe faite du bord convexe au hile, on note, dans la substance corticale, et surtout dans

la substance médullaire, de petits abcès miliaires semblables, en assez grand nombre.

Rein gauche. — Mêmes altérations; abcès encore plus nombreux sur la coupe.

Mésentère. Intestin, *vessie*, sains. *Estomac :* état sain. Ecchymose sur l'*oreille* droite, couvrant toute la conque.

Cavité cranienne. *Cerveau.* — Liquide dans les ventricules en grande quantité; tout le tissu cérébral est œdématié.

Lobe droit. — Il existe sur toute l'étendue du lobe sphénoïdal, et en particulier près du bord inférieur du cerveau à 2 cent. en arrière de la branche postérieure de la scissure de Sylvius, dans la pie-mère, un épanchement sanguin peu abondant, qui couvre une étendue de quatre travers de doigts. Sur la circonvolution marginale postérieure est un anévrysme miliaire bien net, gros comme une forte tête d'épingle; pas d'abcès métastatiques.

Lobe gauche. — Les méninges sont infiltrées de sérosité, mais sans épanchement sanguin au-dessous d'elles.

Le tissu cérébral est œdémateux. — On trouve dans les profondeurs de ce tissu plusieurs anévrysmes miliaires.

Bulbe rachidien, *isthme*, *cervelet.* — Rien.

Énorme eschare s'étendant sur le sacrum et une partie de la fesse droite, se rétrécissant et s'étalant de nouveau pour couvrir le grand trochanter droit.

Obs. XLIX. — *Embarras gastrique fébrile*, *à type rémittent.* — *Guérison sous l'influence d'un vomitif et du sulfate de quinine.*

La nommée B..., âgée de 18 ans, demoiselle de magasin.

Entrée le 15 février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 10.

Cette malade, âgée de 18 ans, est réglée depuis l'âge de 15 ans et d'une façon très-régulière.

Antécédents. — Étant jeune enfant, elle a eu le carreau, de la gourme, des maux d'yeux et d'oreilles pendant très-longtemps; elle avait très-souvent des rhumes. Point de douleurs rhumatismales. La malade ne peut donner aucun renseignement sur ses père et mère; ses frères et sœurs se portent très-bien.

Pendant plus d'un an, elle a eu des palpitations, et des douleurs névralgiques qui changeaient de place à chaque instant; aujourd'hui elle n'en éprouve plus. Enfin, fièvre typhoïde vers l'âge de 8 ans.

Etat actuel. — Depuis trois jours, elle se plaint de souffrir dans les reins et au niveau de l'estomac; elle a de la céphalalgie, des bourdonnements et des tintements d'oreille, parfois des éblouissements. Point de vertige, point d'épistaxis, point de diarrhée. La malade, au contraire, se plaint d'une constipation opiniâtre, qui dure depuis samedi dernier. Elle n'a pas d'appétit; la langue est blanche et large.

Elle est toujours en proie à une fièvre qui augmente beaucoup le soir et qui s'accompagne de sueurs très-abondantes; elle a de l'insomnie et quelquefois des cauchemars. Le matin, le mouvement fébrile est très-modéré, comparé à celui du soir.

On ne trouve pas de taches rosées sur le ventre, et la pression ne provoque pas de douleurs dans la fosse iliaque droite.

L'urine est rouge, contient beaucoup de mucus, mais ni albumine ni sucre. Léger œdème des membres inférieurs.

On remarque, sur la figure, les traces d'une éruption qui commence à disparaître; cette éruption a débuté avec la fièvre, il y a trois jours; elle est restée limitée à la face et comme aujourd'hui, à la joue droite et au front. Elle a éprouvé, pendant deux jours, de fortes démangeaisons qui ont à peu près disparu; on remarque aussi quelques boutons d'herpès sur les lèvres.

Le cœur est normal, les battements sont seulement forts et fréquents.

Les poumons sont sains ; la malade ne tousse pas.

Rien non plus du côté de la rate et du foie.

Traitement. — On donne un vomitif : poudre d'ipécacuanha 1 gr. 50 et 5 centigr. d'émétique en trois paquets.

17 *février.* — La malade est mieux; la langue est moins blanche. L'accès fébrile du soir est toujours aussi accentué. On ordonne 1 gram. de sulfate de quinine.

Les jours suivants, 18, 19, 20, 21, 22, 23 février, même quantité de sulfate de quinine.

24 *février.* — On supprime le médicament; l'appétit est revenu; la température de la peau est normale. Il n'y a plus d'accès fébriles depuis trois jours.

1er *mars.* — La malade quitte le service, complétement guérie.

Obs. L. — *Blennorrhagie accompagnée d'embarras gastrique fébrile, à forme rémittente. — Traitement de l'embarras gastrique par les purgatifs et le sulfate de quinine. — Guérison.*

La nommée T... Marie, âgée de 28 ans, domestique.

Entrée le 15 mars 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 2 *bis*.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 28 ans, est réglée depuis l'âge de 16 ans.

Elle l'a toujours été régulièrement, mais elle a souvent de la leucorrhée dans l'intervalle des époques.

Comme antécédents, elle accuse des engorgements ganglionnaires cervicaux et de la gourme.

Elle a eu quelquefois des douleurs dans les articulations. Il y a près de deux ans, elle a été soignée, à la Charité, pendant 3 ou 4 jours, dans le service de M. Bernutz, pour une atteinte de rhumatisme. Elle souffrait surtout de douleurs dans l'épaule gauche. En même temps, elle avait des

douleurs au niveau de l'articulation tibio-tarsienne des deux côtés, douleurs accompagnées de gonflement et empêchant tout mouvement.

Enfin, elle a eu, il y a un an, une rougeole accompagnée d'une très-forte bronchite (énanthème bronchial) : elle a été soignée encore à l'hôpital de la Charité.

Rien à noter du côté de l'hérédité.

Il y a 15 jours, la malade a éprouvé des douleurs vives dans les reins et dans les jambes; en même temps elle a souffert du ventre qui a gonflé un peu; elle a souffert aussi du côté droit de la poitrine.

Elle a été prise de toux avec expectoration peu abondante; ces phénomènes ont disparu, il y a 2 ou 3 jours, ainsi que le point de côté.

Etat actuel. — La malade est grande, assez forte; teint rouge, animé.

Le ventre est douloureux. La douleur occupe toute l'étendue de l'abdomen, mais elle est plus forte à droite. La pression ne l'exaspère qu'à droite et encore d'une façon peu marquée. Interrogée sur le caractère de cette douleur, la malade dit qu'elle consiste en des élancements et des souffrances sourdes, qui existent dans l'intervalle des élancements.

La langue est sale, blanchâtre; la bouche, pâteuse et amère; l'appétit a disparu; la malade ne mange presque rien. Constipation; pas de selles depuis avant-hier.

La malade n'accuse ni vertiges, ni insomnie à aucun moment, depuis qu'elle souffre. Pas de céphalalgie; pas de maux de gorge.

Le soir elle a *de la fièvre avec quelques frissons;* ce malaise dure une heure ou deux et la malade sue abondamment.

Les jambes sont faibles. La malade ne peut rester longtemps debout; il n'y a pas d'œdème.

Elle se plaint aussi d'avoir des accès d'oppression, des

palpitations et des étouffements au moindre effort, et à la suite d'une marche un peu longue.

L'examen du *cœur* fait constater un bruit de souffle très-fort à la base et au premier temps, ainsi qu'un souffle doux dans les vaisseaux du cou.

Les *poumons* ne présentent rien d'anormal.

Il en est de même du *foie* et de la *rate*.

Depuis 15 jours, elle souffre en urinant; elle a des douleurs cuisantes très-fortes.

La leucorrhée qui existe souvent dans l'intervalle des règles, est très-abondante depuis cette époque.

L'*urine* contient beaucoup de mucus, mais il n'y a pas d'albumine ni de sucre.

L'examen au spéculum fait voir une sécrétion muco-purulente très-abondante et une muqueuse vaginale très-rouge.

Traitement. — Sulfate de soude : 30 grammes.

17 *mars.* — La malade va mieux, le mouvement fébrile a encore été très-accentué — sulfate de quinine. 1 gram. injections d'eau alunée. Pilules de fer réduit, rhubarbe et extrait mou de quinquina.

18 *mars.* — Même état.

19, 20, 21, 22 *mars.* — On continue le sulfate de quinine et les injections. — Le mouvement fébrile du soir est toujours accusé.

25 *mars.* — La malade va mieux. L'appétit est revenu.

30 *mars.* — On supprime le sulfate de quinine; la fièvre a disparu; l'état général est bon.

La malade quitte l'hôpital le 10 avril, guérie.

Obs. LI. — *Embarras gastrique fébrile à type rémittent. — Traitement par les purgatifs et le sulfate de quinine; guérison rapide.*

La nommée S... Marie, âgée de 16 ans.

Entrée le 18 janvier 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 2 bis.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 16 ans, est née à Paris; elle a été réglée à 15 ans, et depuis, ses règles ont été très-régulières.

Comme antécédents, elle a été atteinte de la rougeole à l'âge de 5 ans; dans son enfance, elle a eu quelques gonflements ganglionnaires sous la mâchoire sans autres symptômes de strume bien accusés.

Souvent elle avait à la figure, et surtout autour des lèvres et des ailes du nez, une éruption de petits boutons qui disparaissaient très-vite et revenaient de même.

Rien à noter du côté des articulations; elle n'a jamais eu de douleurs rhumatismales.

Elle est, depuis un an, atteinte de maux de gorge fréquents; ses cheveux seraient tombés en très-grande abondance, et elle aurait été sujette, depuis lors, à des boutons sur le corps.

Comme hérédité, il y a à noter la mort de sa mère à la suite d'une maladie de poitrine qui aurait duré 6 semaines; elle n'a jamais connu son père; elle a deux frères qui se portent bien.

Souvent la malade a des accès d'oppression, avec la sensation d'une boule comprimant la poitrine et montant vers la gorge; en même temps elle ressent, sans cause appréciable, des bouffées de chaleur tout à fait incommodes.

L'appétit est très-irrégulier ; elle a fréquemment des vomissements, ainsi que des vertiges qui se montrent sans la moindre cause, surtout le matin quand elle se lève et qu'elle passe rapidement de l'attitude couchée à la station debout.

Depuis 2 ans elle a été prise d'une toux sèche, sans jamais avoir eu de fièvre ni d'expectoration.

Cette toux existe encore, mais elle est peu accusée.

Etat actuel. — Cette malade entre aujourd'hui à l'hôpital

pour de violents maux de tête, avec maux d'estomac. Perte complète de l'appétit.

Il y a trois jours qu'elle souffre ainsi; le premier jour, elle a eu, en même temps, des frissons répétés, mais peu intenses, car elle n'a pas claqué des dents; elle a vomi plusieurs fois.

Insomnie depuis ce moment; cette insomnie est interrompue par quelques moments d'assoupissement pendant lesquels elle a des rêvasseries dont elle sort subitement, en sursaut.

Elle accuse un malaise général dans tout le corps, mais surtout dans les jambes et les bras, avec sensation de brisement; elle ne peut se tenir longtemps debout, ni marcher, car elle éprouve des vertiges qui vont jusqu'à la perte de connaissance, comme cela lui est arrivé jeudi matin.

Elle a encore de la fièvre presque constamment depuis le début de sa maladie; cette fièvre est, dit-elle, *plus forte la nuit que le jour et s'accompagne d'une sueur assez abondante.*

A l'examen du ventre, on ne trouve aucune tache rosée; celui-ci ne paraît pas tendu; à la pression, on détermine une douleur assez intense dans la fosse iliaque droite; les autres points du ventre ne sont pas douloureux.

Elle a eu, la nuit dernière, des coliques assez vives, et n'a pas été à la selle depuis lundi.

Point d'épistaxis; la malade a ses règles en ce moment.

Elle n'avait pas uriné depuis hier soir; elle a été sondée, l'*urine* est fortement colorée et ne contient pas d'albumine.

A la pression on détermine un godet à la face interne des jambes; léger œdème.

L'examen du *cœur* est négatif; les bruits sont seulement très-forts et rapides.

Du côté des *poumons* il n'y a aussi rien à noter d'anormal.

19 *janvier*. — Même état que la veille. Tilleul sucrée. Bouillons et potages.

20 *janvier.* — Les règles sont terminées. L'état ne s'est pas modifié. On prescrit un éméto-cathartique; il provoque d'abondants vomissements.

21 *janvier.* — L'accès fébrile qui s'est manifesté jusqu'à présent le soir, revient encore : sulfate de quinine, 0,50 cent.

22 *janvier.* — L'accès fébrile n'a pas été modifié; 1 gr. sulfate de quinine en 2 doses.

23, 24, 25, 26 *janvier.* — Même traitement.

28 *janvier.* — L'appétit est meilleur. Deux portions depuis deux jours.

29 *janvier.* — On supprime le sulfate de quinine.

Aujourd'hui, 4 février, l'état de la malade est bon; elle souffre encore un peu de la tête et n'a pas beaucoup d'appétit. Il n'y a plus d'accès fébrile, le soir.

Elle a été purgée deux fois, le 22 et le 25 janvier.

Elle quitte l'hôpital, 18 jours après son entrée; elle peut être considérée comme complétement guérie.

Obs. LII. — *Embarras gastrique fébrile à type rémittent. Névralgie intercostale traitée par le sulfate de quinine et les injections sous-cutanées de morphine. Guérison.*

La nommée R..., âgée de 51 ans, domestique.

Entrée le 1er mars 1877, salle Sainte-Madeleine, lit nº 8.

Renseignements. — Cette malade est âgée de 51 ans; elle a été réglée à 19 ans et toujours d'une façon régulière.

Elle s'est habituellement très-bien portée et elle n'accuse aucun symptôme de scrofule ni de rhumatisme, dans son enfance.

A l'âge de 5 ans, elle a eu la variole dont on remarque encore les traces sur le visage.

Dans sa jeunesse, fracture du bras gauche.

A 21 ans, à la suite d'une frayeur très-grande, elle a été prise d'une attaque nerveuse. Pendant quelques instants elle eut des mouvements convulsifs de l'un des bras

et elle tomba ensuite sans connaissance. La malade ne peut dire si elle avait de l'écume à la bouche. Elle a eu de fréquentes attaques à la suite de la première. Ces crises nerveuses avaient une courte durée ; la malade reprenait presque aussitôt sa pleine connaissance, sans être fatiguée, sans avoir besoin de dormir ; la langue ne présentait pas traces de morsures.

Toutes les fois qu'elle devait avoir ses règles, elle avait une attaque.

Depuis 2 ans la malade n'a plus ses règles. A l'époque de la ménopause, elle n'a éprouvé aucun accident spécial. Depuis lors, les attaques nerveuses ont eu lieu moins souvent et irrégulièrement. La dernière s'est produite au mois d'août dernier, attaque précédée encore de mouvements convulsifs dans le membre supérieur gauche et terminée comme les autres, sans fatigue marquée.

Au mois de novembre 1876 elle eut, à la suite d'un froid et chaud, une vive douleur dans le côté gauche.

A cette époque elle souffrait d'une sciatique, qui durait déjà depuis dix ans (sciatique gauche). Cette sciatique existe encore ; la douleur paroxystique est aujourd'hui peu marquée et ne dépasse pas le genou.

Elle a été prise de frissons et de fièvre, il y a quelques jours ; elle se mit à tousser et ses crachats étaient teints de sang. Il y a 2 jours ils l'étaient encore ; ces crachats sont peu abondants dans la journée et la nuit ; de même, la toux est aujourd'hui peu marquée.

Etat actuel. — Malade assez forte, assez bien musclée ; facies animé ; pommettes rouges. — Pas d'appétit. Langue blanche, saburrale. — Nausées fréquentes, allant quelquefois jusqu'aux vomissements.

Constipation. — Ventre douloureux à la pression, au niveau de la région épigastrique.

La malade dort mal la nuit. Tous les soirs, elle est prise,

vers les 5 heures, de petits frissons durant quelquefois deux heures; bientôt il vient une chaleur vive, et au bout de 2 à 3 heures, une sueur abondante.

Douleur dans le côté gauche du thorax. La malade tousse, et elle crache abondamment; pas de frottements pleurétiques ; quelques râles de bronchite.

Elle a un peu mal à la gorge.

L'examen du *cœur* ne montre rien d'anormal. Il en est de même pour l'examen des *poumons*, à part les râles indiqués plus haut.

La pression, dans les points d'émergence des nerfs des 6e et 7e *espaces intercostaux* du côté droit, provoque une douleur assez intense. Il y a en outre une douleur continue, et des élancements douloureux sur tout le trajet du neuvième nerf intercostal du côté droit.

Le *foie*, la *rate* et les *reins* n'ont rien d'anormal.

L'*urine* est blanche et ne contient ni albumine, ni sucre.

Traitement. — 30 grammes de sulfate de soude. — Injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine au niveau du neuvième intercostal droit, dans la région douloureuse à la pression.

3 *mars.* — L'accès fébrile du soir est revenu; on donne 1 gr. de sulfate de quinine. On continue les injections.

4, 5, 6, 7, 8 *mars.* — Même traitement.

12 *mars.* — L'appétit est revenu; les accès fébriles ont disparu; la malade quitte l'hôpital le 20 mars.

Obs. LIII. — *Gastralgie violente causée peut-être par un ulcère simple de l'estomac. Traitement par le sous-nitrate de bismuth. Amélioration considérable. Disparition des accidents gastriques.*

La nommée B... Louise, âgée de 27 ans, domestique.

Entrée le 8 mars 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 5.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 27 ans, est

réglée depuis l'âge de 18 ans; ses règles sont assez irrégulières, et, dans les intervalles, elle a de la leucorrhée.

Elle est à Paris, depuis un an seulement; elle déclare n'avoir jamais été malade; étant petite fille, elle a eu la gourme et des maux d'oreille, mais jamais de douleurs rhumatismales. Rien non plus à noter du côté de l'hérédité.

Elle se plaint de palpitations qui durent depuis trois ans. Ces palpitations viennent par accès; elles sont très-fortes, surtout quand la malade fait un effort ou qu'elle monte les escaliers; et elles s'accompagnent alors d'essoufflements très-longs et très-douloureux. A la même époque, elle a été soignée dans cet hôpital, pour une anémie : depuis lors, la malade se plaint toujours de faiblesse, de sueurs qui surviennent sans cause, de bouffées de chaleur qui se produisent subitement et s'en vont de même.

Etat actuel. — La malade est grande, assez développée; le facies est pâle, anémique.

Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse, et ce n'est que depuis quinze jours qu'elle souffre. Depuis ces quinze jours, elle éprouve une douleur vive au niveau de l'épigastre, douleur cuisante, continue, avec exacerbation, très-pénible. Elle se propage d'avant en arrière jusque dans le dos, vers l'épaule droite. Les douleurs épigastriques continues se produisent sous forme d'accès surtout après l'ingestion des aliments. Après avoir mangé, la malade est prise d'une douleur aiguë, atroce, qui la traverse d'avant en arrière, comme une flèche;puis elle a des nausées,et elle vomit tout ce qu'elle a pris. Outre ces accès qui surviennent après les repas, il en est quelques autres dans les intervalles, mais beaucoup moins douloureux; ils commencent subitement, sans cause manifeste; puis, la malade a des nausées et elle est prise de vomissements, blanchâtres comme de l'eau, ou simplement alimentaires. Jamais de sang, ni de matières noirâtres dans ces vomissements.

La malade ne peut boire de vin, ni prendre d'aliments épicés ; au commencement, ces aliments provoquaient, de suite, des accès beaucoup plus forts et plus douloureux que ne le faisaient les aliments non épicés. La douleur ne reste pas toujours limitée au creux épigastrique ; elle se porte, dans les cas où elle est très-forte, un peu à droite et aussi vers l'épaule droite. Quelquefois elle remonte et envahit toute la région antérieure du thorax, tandis que jamais elle n'est descendue vers les reins, et le long des cuisses.

Si on exerce une pression au niveau de l'épigastre, la douleur continue est exaspérée, tandis que, dans les autres régions, la pression ne produit pas ce phénomène.

Après les accès douloureux, la malade est toujours prise d'envie d'uriner, et elle urine beaucoup le jour et la nuit ; elle a des envies très-fréquentes ; elle est obligée de se lever quelquefois pour satisfaire ce besoin.

Depuis qu'elle est sujette à ces douleurs, elle a habituellement de la diarrhée, tandis qu'auparavant elle restait ordinairement deux et trois jours sans aller à la selle. Les garde-robes sont cependant peu fréquentes ; elles sont noirâtres.

L'appétit est très-diminué ; la malade accuse de la faiblesse dans les jambes, qui sont un peu œdémateuses.

Il y a un peu de fièvre tous les soirs ; la malade dort bien si elle ne souffre pas de l'estomac.

L'examen des poumons fait constater quelques râles de bronchite. Du côté du cœur, on trouve un souffle à la base et au premier temps, de même qu'un très-léger souffle dans les vaisseaux du cou. Le foie est normal ; il n'y a rien du côté de la rate. L'urine est très-peu colorée et ne contient ni albumine ni sucre.

Traitement. — Bouillons ; potages. — Potion gommeuse avec 4 gr. de sous-nitrate de bismuth.

10 *mars*. — On applique, à la région épigastrique, un

emplâtre de ciguë belladoné. — On continue la potion.

12 *mars*. — Id.

15 *mars*. — La malade a moins souffert hier; elle n'a pas vomi. Même traitement : on porte la dose de sous-nitrate à 6 grammes.

20 *mars*. — Les douleurs, quoique moins vives, se montrent encore.

25 *mars*. — Même état.

28 *mars*. — Les douleurs ont reparu. — On donne huit grammes de sous-nitrate de bismuth. Deux injections sous-cutanées d'un centigramme de chlorhydrate de morphine, au creux de l'estomac. Ces injections sont continuées chaque jour.

1er *avril*. — État général meilleur; l'appétit revient.

10 *avril*. — La malade va bien; ses digestions sont beaucoup moins douloureuses. Plus de vomissements.

La malade quitte l'hôpital, à la fin du mois, paraissant guérie.

Obs. LIV. — *Ulcère simple de l'estomac probable. Arthrite rhumatismale sub-aiguë du cou-de-pied droit.*

La nommée B... Léonie, 27 ans, blanchisseuse.

Entrée le 1er mars 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 11.

Renseignements. — La malade a ses parents bien portants.

Elle-même s'est toujours bien portée. Pas de maladies dans son enfance, ou du moins elle ne s'en souvient pas.

Il y a 2 ans, elle a été prise, subitement, sans cause connue, de vomissements, survenant presque immédiatement après les repas, et de douleurs abdominales, siégeant surtout à la partie supérieure du ventre; la malade ne peut préciser davantage.

Elle aurait été, à cette époque, soignée pour une gastrite, qui dura environ 3 mois.

Il y a un an, nouvelle apparition de la maladie, pendant deux mois. Enfin, dans ces 3 derniers mois, elle aurait été reprise, par trois fois, de cette affection; elle dit avoir éprouvé les mêmes symptômes qu'autrefois.

On lui aurait donné, pendant les différentes manifestations de son affection, comme traitement, des purgations et des éméto-cathartiques.

Depuis 15 jours elle garde le lit, parce qu'elle est très-faible.

Etat actuel. — Femme grande, brune, assez maigre. Facies pâle, anémique, exprimant la souffrance. — Température de la peau à peu près normale.

Le sommeil est fréquemment interrompu par des douleurs que la malade éprouve dans l'abdomen; l'appétit est médiocre.

Les vomissements ont lieu aussitôt après l'ingestion des aliments, 1/4 d'heure, 1/2 heure au plus, après; ils se composent surtout des aliments ingérés et rarement attaqués par la digestion.

La malade accuse la présence, dans ses vomissements, de bile et de matières noires semblables à de la poudre de charbon, à du marc de café.

Constipation légère; d'ailleurs la malade a toujours été un peu constipée.

Les règles, toujours assez régulières, sont suspendues depuis deux mois; depuis lors pertes leucorrhéiques, assez abondantes.

Elle a ressenti, il y a quelque temps, de la douleur dans les reins.

C'est aussitôt après le repas, que les douleurs apparaissent; ces douleurs produisent une sensation de déchirure,

d'arrachement de l'estomac et de l'œsophage, quelquefois aussi de cuissons en ces mêmes régions.

Lorsque les aliments sont, ou digérés, ou rejetés par le vomissement, les douleurs diminuent, et ne se réveillent que par la pression.

A la palpation, on détermine des douleurs vagues dans l'abdomen; mais au creux épigastrique, la douleur provoquée par la pression est très-vive, surtout au niveau de l'appendice xiphoïde. Cas de tumeur.

Dans le dos, à la moitié inférieure de la colonne dorsale, on produit de la douleur par la pression, principalement vers la neuvième vertèbre.

Urines claires avec un peu d'albumine; polyurie légère, deux litres, en 24 heures.

Cœur. Souffle au 1er temps et à la base.

Bruits de souffle doux dans les vaisseaux du cou.

L'appareil pulmonaire ne présente rien de particulier à noter.

Traitement. — 2 *mars.* On ordonne une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine au creux épigastrique et une potion gommeuse avec 30 grammes de sirop d'opium; lavement simple. — Bouillon et potage.

3 *mars.* — La malade éprouve des douleurs violentes dans le cou-de-pied droit.

Points douloureux au niveau de l'articulation tibio-tarsienne; le pied est enflé; à la face externe, la peau est rouge et comme granuleuse.

Application de laudanum sur la région douloureuse.

4 *mars.* — Les vomissements, qui paraissaient avoir cédé hier, sont revenus aujourd'hui presque immédiatement après l'ingestion du bouillon; ils ont été simplement alimentaires. On ajoute à la potion, 4 grammes de sous-

nitrate de bismuth. — Continuation du laudanum sur l'articulation tuméfiée et douloureuse.

5 *mars.* — Les douleurs épigastriques ont diminué ; celles de l'articulation tibio-tarsienne sont moins vives. Même traitement.

6, 7, 8, 9, 10 *mars.* — On continue le traitement.

11 *mars.* — L'état local s'est sensiblement amendé; il y a deux jours que la malade n'a pas vomi.— Même traitement.

15 *mars.* — L'articulation du cou-de-pied est revenue à son état normal; il n'y a plus ni douleur ni gonflement. — L'état gastrique est également meilleur; la malade ne vomit plus, mais elle souffre encore au creux de l'estomac, surtout à la pression. On supprime le sous-nitrate de bismuth et on donne seulement du sirop d'opium.

20 *mars.* — La malade va beaucoup mieux; elle n'a pas eu de nouveaux accidents rhumatismaux; l'état général est bien meilleur. Plus de vomissements ; encore quelques douleurs épigastriques. L'appétit est presque redevenu normal; la malade mange deux portions.

28 *mars.* — La convalescence est franchement établie; l'état anémique a presque disparu. La malade quitte l'hôpital le 30 mars, à peu près guérie.

OBS. LV. — *Carcinôme de l'estomac et du foie. — Propagation probable du cancer de l'estomac à l'organe hépatique. — Attaque antérieure de rhumatisme articulaire aigu.*

Le nommé L..., 54 ans, employé.

Entré le 2 août 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 27.

Renseignements. — Ce malade, âgé de 54 ans, est employé.

Jeune, il paraît avoir présenté quelques éruptions qui lui occasionnèrent de vives démangeaisons.

Très-bien portant jusqu'à l'âge de 30 ans. A cette époque, il fut atteint d'une hydarthrose du genou gauche; puis il

fut obligé de garder le lit pendant 3 mois, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu qui occupait surtout les genoux et les épaules.

Vers l'âge de 40 ans, il eut une fluxion de poitrine, dont la convalescence fut, dit-il, longue.

Il paraît avoir quelques antécédents alcooliques.

Le père est mort d'une maladie du tube digestif.

Rien autre chose à noter du côté de l'hérédité.

Depuis un an, dit-il, son appétit a beaucoup diminué; il mangeait peu et avait un dégoût très-prononcé pour la viande; de plus il avait toujours soif; les digestions étaient pénibles, et l'estomac se ballonnait après les repas; éructations nombreuses.

Cet état persiste en s'aggravant un peu, jusqu'en décembre dernier.

Il perdit alors complétement l'appétit.

En même temps, il commença à ressentir des douleurs lancinantes à la région stomacale; il lui semblait qu'on lui enfonçait un couteau dans l'estomac. — Très-rapidement il maigrit et il s'affaiblit énormément.

Au mois d'avril, il s'aperçut que ses selles, d'ordinaire liquides, contenaient une matière noire semblable à du marc de café.

Bientôt une constipation opiniâtre apparut, et presque chaque fois qu'il allait à la selle, ses garde-robes contenaient des matières noires.

Il continua à se cachectiser de plus en plus.

Il y a 4 semaines environ, il commença à vomir; ses vomissements étaient rares, et jamais ils n'ont contenu de sang sous quelque forme que ce soit; c'étaient des vomissements clairs, glaireux ou alimentaires.

En même temps, les douleurs allèrent en augmentant, s'étendirent dans le dos, les deux épaules, et parfois même jusque dans les mains.

Il y a 3 mois, il vit ses chevilles se gonfler, et bientôt l'œdème s'étendit aux jambes, gagna un peu les cuisses. Depuis deux jours, il a envahi le scrotum et le prépuce.

Cet œdème semble avoir débuté en même temps que se produisaient des crampes violentes dans les mollets.

Le malade se décide à entrer à l'hôpital, le 2 août 1877.

Etat actuel. — C'est un homme profondément cachectique, amaigri; sa surface cutanée est décolorée; son visage présente une teinte jaune-paille très-légère. — La région épigastrique est un peu bombée.

A la palpation, on y perçoit une tumeur aplatie, dure, bosselée, s'étendant dans l'hypochondre droit.

Cette plaque dure s'étend aussi dans l'hypochondre gauche, et même jusque vers l'ombilic.

La palpation est douloureuse, surtout dans l'hypochondre droit.

La percussion de l'abdomen, en général, est très-douloureuse. — On ne constate pas de signes d'ascite.

Les pieds et les jambes sont le siége d'un œdème diaphane, notable.

Les masses musculaires des mollets sont très-douloureuses à la pression. On ne sent pas de cordons veineux indurés.

Le *scrotum* et la *verge* sont assez œdématiés.

Le *foie* est douloureux à la percussion; il est manifestement augmenté de volume de haut en bas; il déborde les fausses côtes de plus de trois travers de doigts : sa surface, à ce niveau, est légèrement douloureuse à la pression; elle est saillante, mammelonnée irrégulièrement; on y perçoit assez distinctement des nodosités de volume variable.

Poumons. } Rien à noter.
Cœur. }

L'appétit est nul ; le malade ressent de vives douleurs à l'estomac, après l'ingestion des aliments.

Alternatives de diarrhée et de constipation.

Le malade dort mal.

L'urine est trouble, jumenteuse, et contient une grande quantité de phosphates.

Traitement. — Application au niveau de la région épigastrique, d'un emplâtre de ciguë belladoné; pilules d'extrait de ciguë de 0,02 centig., deux par jour. Liqueur de Fowler, 5 gouttes dans un julep avec 30 gram. de sirop d'opium. Lavement à la glycérine.

Ce traitement est continué jusqu'au 14 août; à cette époque, les salles du service sont livrées aux ouvriers pour des réparations urgentes : le malade, de plus en plus souffrant, est évacué dans un autre service.

Obs. LVI. — *Gastro-hépato-carcinie. — Cancer du foie consécutif à un cancer du pylore. — Autopsie. — (Observation résumée.)*

Salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 3. Entré le 1er janvier 1877. Mort le 18 mars 1877.

Ce malade, âgé de 53 ans, était souffrant depuis huit mois, lorsqu'il est entré à l'hôpital; il ne donne sur son passé, sur sa famille, aucun renseignement important.

Depuis plus d'un an, il éprouve des douleurs vives au creux de l'estomac; il maigrit; son appétit ne va plus; il vomit quelquefois.

État actuel, 2 janvier 1877. — Homme profondément cachectique, avec de l'œdème presque généralisé. Amaigrissement notable; yeux bleus, très-clairs, très-transparents.

Appétit nul; soif assez vive.

Léger degré de polyurie; urine transparente; ni sucre, ni albumine.

Douleur au creux épigastrique, et au niveau de l'hypo-

chondre droit. Cette région est comme soulevée. A la palpation, on trouve une série de bosselures, dont quelques-unes ont bien le volume du poing d'un enfant. La percussion démontre une augmentation notable du foie; ce dernier organe déborde de toute la largeur de la main le rebord des fausses côtes; c'est à sa surface que paraissent siéger les bosselures.

Rarement de vomissements; ceux-ci, très-irréguliers dans leur apparition, ne présentent rien de particulier. Constipation opiniâtre.

Rien dans les autres organes viscéraux.

Le malade a été soumis à peu près au même traitement que le précédent ; on n'a constaté aucune amélioration même passagère : au contraire, il est allé sans cesse en s'amaigrissant; l'œdème a été de plus en plus marqué; il est mort le 18 mars 1877, après avoir vomi seulement quatre ou cinq fois; ces vomissements ont été purement alimentaires.

Autopsie. — Le *foie* est très-volumineux ; c'est bien lui qui est le siége des tumeurs perçues pendant la vie; ces tumeurs sont grosses, les unes comme le poing, les autres comme des noix, certaines n'occupent que la surface du foie; d'autres sont situées entièrement dans son épaisseur. Ces tumeurs sont jaunâtres sur la coupe; leur centre est ramolli : la surface de celles qui font saillie sous la capsule fibreuse du foie est un peu déprimée en godet. Tout autour de ces tumeurs, le tissu hépatique est normal.

Une des tumeurs, siégeant à la face inférieure du foie, en dedans de la vésicule biliaire, englobe la tête du pancréas, et se continue avec une semblable tumeur qui occupe le pylore. La tumeur du pylore siége dans le tissu sous-muqueux; aucune ulcération à la surface de la muqueuse stomacale. Rien de particulier à signaler dans les autres organes.

Hépato-Carcinie. — *Dosage de l'urée.*

FÉVRIER.	RÉGIME.	QUANTITÉ D'URINE rendue en 24 heures.	POIDS DE L'URÉE rendue en 24 heures.
27	Lait-Bouillon.	1lit 00	15gr 372
Mars 3	Id.	1, 25	12, 810
5	Id.	1, 00	11, 520
10	Id.	0, 50	7, 161
11	Id.	0, 50	7, 161

Numération des globules.

11 *Mars.* — { Globules rouges, 2,688,365 / Globules blancs, 31,175 } $\frac{1}{76}$

C'est-à-dire 1 globule blanc, pour 76 rouges.

Observations faites à la température de 15° C.

Obs. LVII. — *Catarrhe chronique de l'estomac simulant un cancer de cet organe. — Traitement par l'eau de chaux, le sirop de morphine, les vésicatoires sur la région épigastrique. — Amélioration notable.*

Le nommé M... Léonard, 51 ans, maçon.

Entré le 15 mars 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 10.

Antécédents de famille. { Père mort d'accident. / Mère morte de vieillesse. }

Renseignements. — Ce malade ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents personnels; il fait remonter le commencement de sa maladie au mois de juillet 1873, c'est-à-dire à près de quatre ans.

A cette époque, dit-il, il ingéra de grandes quantités d'eau pour calmer une polydipsie causée probablement par les chaleurs de la saison. Pendant dix jours environ, il but trois ou quatre litres d'eau. Au bout de ce temps, il fut pris, tout à coup, de coliques et de vomissements. Les ma-

tières rendues étaient entièrement aqueuses et ne renfermaient aucune trace de substances alimentaires.

Le lendemain, ces mêmes vomissements se reproduisirent, toujours précédés de coliques, et présentant les mêmes caractères. Il y eut ensuite quelques jours de rémission, après quoi les mêmes phénomènes de vomissements reparurent à des intervalles irréguliers; ces vomissements n'ont eu aucun rapport avec les heures des repas.

Cet état dura ainsi jusqu'au 25 octobre; le malade continua de travailler jusqu'à ce moment.

A cette époque, étant en train de faire des libations, il fut repris de douleurs abdominales et de vomissements, et obligé de rentrer chez lui pour se soigner. Le médecin qu'il fit appeler, lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Il fut admis à Lariboisière dans le service de M. Millard, qui le mit au régime lacté et à la viande crue.

Au bout de deux mois, il sort très-amélioré et reprend son travail; au bout de quatre mois les mêmes accidents se reproduisent.

Il rentre de nouveau à l'hôpital. Il sort guéri, après 6 semaines de séjour, et peut reprendre ses occupations.

Cet état dura environ 3 mois; après quoi les symptômes reparurent. Mais cette fois le malade se soigna chez lui; il ne parvint pas à améliorer sa situation, et depuis ce moment il vomit presque continuellement.

Les vomissements ont toujours présenté les mêmes caractères, et le malade estime à vingt fois environ par mois, la fréquence de ces accidents qui étaient toujours très-irréguliers, dans leur apparition.

En même temps, il a vu l'affaiblissement survenir, et il dit avoir considérablement maigri.

Depuis huit jours, les vomissements sont modifiés. Au lieu d'être complétement aqueux, ils sont alimentaires et le malade rend absolument tout ce qu'il prend.

C'est dans cet état qu'il se présente à la consultation (15 mars 1877).

Etat actuel. — Les téguments présentent la teinte jaune de la cachexie carcinomateuse.

Le malade est profondément amaigri.

La face est pâle ; la peau, un peu terreuse.

La force musculaire est encore assez bien conservée.

Le malade a, comme toujours, un grand appétit ; pas d'œdème des jambes. Point d'hématémèses ; les selles sont normales; constipation habituelle.

Le cœur présente un léger bruit de souffle au premier temps et à la base; souffle doux dans les vaisseaux du cou; athérome artériel généralisé.

La région épigastrique est douloureuse, surtout à la pression ; le malade y éprouve des douleurs lancinantes bien caractérisées; ces douleurs sont assez irrégulières dans leur apparition ; elles sont surtout marquées 1 h., 1 h. 1/2, après l'ingestion des aliments; elles consistent alors en une sorte de pesanteur à la région de l'estomac : puis viennent des nausées, avec lourdeur de tête, sensation de défaillance, et bientôt le malade vomit.

Les vomissements sont purement alimentaires ; ils sont quelquefois très-abondants et généralement très-irréguliers dans leur apparition ; souvent il s'écoule 5, 6 h., quelquefois davantage, entre le moment où ils se produisent et le moment où les aliments ont été ingérés. La région épigastrique est bombée ; la cornemuse stomacale se dessine d'une façon très-apparente sous la paroi abdominale. L'estomac est évidemment très-dilaté.

La percussion dénote un tympanisme considérable de l'estomac. La palpation ne fait découvrir aucune tumeur. Si on pratique la succussion de la région, on entend un bruit de glou-glou évident.

Le sommeil est à peu près bon, et si ce n'étaient la

perte des forces et les vomissements, le malade déclare qu'il serait assez bien portant.

Traitement. — 16 *mars.* — On ordonne : vésicatoire sur la région épigastrique ; une pilule d'extrait thébaïque de 0,05 centigr. pour le soir ; lavement simple. Potion gommeuse avec 40 grammes d'eau de chaux seconde ; deux portions.

17 *mars.* — La journée d'hier s'est passée sans vomissements ; la digestion, cependant, a été lente, pénible. Même traitement.

18 *mars.* — Le malade a vomi dans la soirée, quatre heures environ après le repas du soir ; le vomissement a été purement alimentaire.

19-20 *mars.* — Pas de vomissements, seulement quelques douleurs à la région de l'estomac. On prescrit des onctions, soir et matin, sur la région épigastrique avec la pommade suivante : axonge 30 grammes, iodure de potassium 3 grammes, extrait de belladone 8 grammes.

21 *mars.* — Le malade est mieux ; on supprime l'eau de chaux. On continue les onctions.

22 *mars.* — Vomissements abondants dans la soirée, vers 6 h. Mais les douleurs sont beaucoup moins fortes qu'auparavant.

23-24 *mars.* — Le malade n'a pas vomi ; il se lève toute la journée. On lui donne trois portions.

25 *mars.* — Le mieux continue.

26 *mars.* — Id.

27 *mars.* — Vomissements alimentaires vers 2 h. de l'après-midi ; les douleurs de l'estomac sont de moins en moins vives.

28 *mars.* — Pas de vomissements. Les forces reviennent ; l'état anémique est très-amendé.

Le malade part, pour Vincennes, le 5 avril. Il ne vomit plus, et il mange quatre portions.

Le 24 mai, le malade, quelques jours après sa sortie de Vincennes, s'étant remis à travailler, et ayant bu un peu plus que de coutume, est repris de vomissements alimentaires. Il revient dans le service, où il fait un séjour de trois semaines.

Les accidents ont été exactement les mêmes que ceux indiqués plus haut : ils ont suivi la même marche, et ont cédé au même traitement.

Dans les premiers jours du mois d'août, cet homme est, de nouveau, rentré à l'hôpital : depuis dix jours les vomissements étaient revenus. L'état général est celui que présentait le malade lors de sa première venue, le 15 mars 1877; l'état local est absolument le même.

Il est très-probable que sous l'influence du traitement, déjà suivi, la même amélioration va se produire.

Remarque. — La longue durée des accidents, leur marche ; les périodes de rémission presque complète, l'étude attentive des phénomènes locaux, et des symptômes généraux, tout montre bien que, dans ce cas, il s'agit d'un catarrhe chronique de l'estomac avec dilatation de cet organe et non d'une gastro-carcinie.

Obs. LVIII. — *Dyspepsie douloureuse. — Difficulté du diagnostiç d'avec l'ulcère simple de l'estomac. — Polyurie. — Traitement par le charbon de Belloc, les toniques et les amers. — Guérison.*

La nommée E... Catherine, âgée de 32 ans, couturière.

Entrée le 26 avril 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 12.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 32 ans, est couturière.

Réglée à 14 ans, elle l'a toujours très-bien été; ses règles sont peu abondantes.

Elle n'accuse aucun antécédent strumeux, ni rhumatismal; mais elle se plaint d'avoir souvent des palpitations,

des douleurs passagères dans tout le corps et des oppressions sans cause appréciable.

A 15 ans, elle eut la variole; elle garda le lit pendant deux mois.

A 25 ans, elle fut prise de crampes d'estomac, de douleurs vives au niveau de l'appendice xiphoïde et de nausées, sans vomissements.

Les digestions se faisaient très-difficilement et la malade avait toujours des aigreurs qui remontaient dans la bouche, surtout le matin.

A la même époque elle a eu la scarlatine qui la tint au lit pendant 3 mois.

Pendant 4 ans, elle n'éprouva plus de crampes; ce n'est que depuis un mois et demi qu'elles sont revenues.

État actuel. — La malade est de taille moyenne; elle est assez bien musclée : la face est pâle, un peu anémique. Pas d'œdème des membres inférieurs. — Température de la peau normale. Le sommeil est bon; l'appétit très-capricieux. La malade souffre depuis un mois et demi environ; elle se plaint de douleurs excessivement vives et continues au niveau de l'épigastre; ces douleurs s'irradient dans toute l'étendue de l'abdomen. La pression les exaspère. Il existe en même temps une douleur très-vive au niveau de la colonne vertébrale dans la région dorsale : cette douleur est continue et plus forte que celle de la région antérieure; elle est si vive, que la malade ne peut rester couchée sur le dos.

Des crises très-violentes se montrent aussi toutes les fois que la malade a mangé. Environ trois heures après ses repas, elle éprouve des douleurs atroces qui s'irradient dans ses jambes et sur la poitrine; puis, très-souvent, elle est prise de nausées, de vomissements, qui terminent les crises douloureuses.

Dans la journée, ces vomissements sont toujours alimen-

taires (la malade déclare n'avoir jamais vomi de sang); ils ne viennent pas toujours après les crises; le matin, quand ils se montrent, ce qui a lieu très-souvent, ils sont glaireux et provoquent une sensation de brûlure très-vive le long de l'œsophage.

La malade est ordinairement constipée, elle ne va à la selle que tous les 3 jours; elle déclare aussi rendre dans ses garde-robes des lambeaux blanchâtres; elle en aurait rendu, en grande quantité, il y a déjà longtemps et beaucoup plus que maintenant; elle a beaucoup maigri, et elle n'ose pas manger à cause des douleurs.

Le soir, elle a un peu de fièvre et elle dort mal.

Elle se plaint d'avoir toujours soif, de boire beaucoup et d'uriner abondamment. La nuit elle est éveillée par des besoins incessants d'uriner.

Son *urine* est trouble et contient un peu d'albumine; il n'y a pas de sucre; 2 litres 1/2 à 3 litres d'urine par 24 heures.

La malade ne tousse pas; et l'auscultation ne dénote aucun phénomène anormal.

Au *cœur* on trouve un léger souffle à la base; il existe également un souffle doux dans les vaisseaux du cou.

Traitement. — 27 *avril.* — On ordonne : injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine, chaque jour, au niveau de la région douloureuse. — Charbon de Belloc : 2 grammes en deux paquets. — Lavement simple. — Tisane de centaurée. — Une portion.

28 *avril.* — La malade a souffert encore au creux de l'estomac; pas de vomissement; on continue le traitement. La polyurie a diminué; à peine un nuage d'albumine.

29-30 *avril.* — Id.

1er *mai.* — La malade, qui était mieux les deux jours précédents, a été reprise de vomissements et de crises gastralgiques. On suspend le charbon de Belloc, et on

ordonne : tisane de quassia ; deux pilules d'opium de 0,05 centig., une le matin, une le soir.

2, 3, 4, 5 *mai*. — On continue le même traitement. — Deux litres d'urine en 24 h. ; plus d'albumine.

8 *mai*. — Les vomissements ne se sont pas reproduits depuis quelques jours ; la douleur, au creux de l'estomac, est bien diminuée. On donne : sirop d'iodure de fer ; vin de quinquina.

10 *mai*. — Les médicaments sont bien supportés.

15 *mai*. — La malade est beaucoup mieux ; l'état dyspeptique a disparu ; l'état général est bon.

Vers la fin de mai, la guérison était assurée.

Obs. LIX. — *Dyspepsie douloureuse. Alcoolisme. Pertes séminales. — Vertiges stomacaux. — Hypochondrie. — Traitement par la pepsine et les toniques amers. Amélioration.*

Le nommé P... Adolphe, âgé de 36 ans, typographe.

Entré le 19 juillet 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit nº 18.

Renseignements. — Cet homme, âgé de 36 ans, est typographe.

Bien portant dans son jeune âge, il fut atteint à 26 ans de la fièvre typhoïde ; elle dura trois mois, et la convalescence fut longue.

A 28 ans, à peine remis de cette maladie, et souffrant depuis quelques jours de douleurs articulaires, il eut la fièvre scarlatine, qui fut suivie d'une convalescence de plusieurs mois.

A 29 ans, il subit, comme soldat, les privations du siége de Paris.

Il avoue avoir fait quelques excès de coït, surtout de 18 à 25 ans ; il contracta deux blennorrhagies, qui durèrent longtemps.

Il nie tout antécédent syphilitique.

Pas d'indices d'intoxication saturnine.

Il présente quelques phénomènes d'alcoolisme. Il boit du vin blanc le matin, de l'eau-de-vie, et 2 ou 3 verres d'absinthe par jour, plus 2 litres de vin ; il fume également beaucoup.

Il a des pituites matinales, et il dort mal ; il rêve, il voit des serpents, des animaux divers.

Il se maria il y a 4 ans, mais il n'a pas eu d'enfants.

Son père est mort de la poitrine.

Un de ses frères paraît présenter également des phénomènes de phymatose.

Sa mère, ses frères et sœurs se portent bien.

Il y a deux ans, le malade se sentit s'affaiblir graduellement ; il rêvait la nuit, avait perdu l'appétit, dormait mal, enfin était épuisé.

Il entra dans le service de M. Vulpian à la Pitié. On lui ordonna un traitement tonique ; au bout de deux mois, il se trouvait complétement remis. — Mais il reprit son ancienne vie ; de plus, il mangeait souvent d'une manière irrégulière.

Il y a 15 mois, il s'aperçut que le matin, en se levant, il avait une goutte de sperme, grosse comme un petit pois, au méat urinaire ; la présence de cette goutte de sperme lui était annoncée seulement par une sensation d'humidité au bout de la verge.

Souvent son urine contient des traces de sperme.

Ces pertes séminales, en somme peu abondantes, se reproduisent tous les jours, plus ou moins, depuis 15 mois.

Alors il se sentit s'affaiblir davantage ; l'appétit se perdit peu à peu et bientôt disparut complétement ; les sueurs augmentèrent ; l'amaigrissement, la faiblesse allèrent croissant ; il digérait mal, éprouvait une sensation de pesanteur après les repas.

Puis ces troubles dyspeptiques allèrent en progressant. Depuis 15 jours, il a perdu complétement l'appétit ; il digère

avec difficulté, surtout la viande, les ragoûts, même lorsqu'il mange très-peu ; il a des éructations, une sensation très-pénible de pesanteur, de constriction à l'estomac à peine une demi-heure après le repas. Cette gêne dure une heure, deux heures même, à moins que e malade ne vomisse, ce qui arrive souvent.

Il a des vertiges, surtout quand il marche ; il lui semble que la terre s'ouvre sous lui. — Son caractère a changé : il s'ennuie, pleure pour rien, est hypochondriaque.

Les vomissements toujours alimentaires ; ils n'ont jamais contenu la moindre trace de sang.

Il est constipé d'habitude.

Cet état augmentant, il entre à l'hôpital le 19 juillet 1877.

Etat actuel. — C'est un homme amaigri, à l'aspect anémié, épuisé. — Toute sa surface cutanée, ses muqueuses sont décolorées. Les mains tremblent très-légèrement. Facies profondément hypochondriaque.

Il présente du côté du tube digestif les phénomènes précités. L'appétit est à peu près nul ; le malade ne peut digérer presque aucun aliment ; les légumes crus, les mets épicés le font particulièrement souffrir.

Aussitôt qu'il a mangé, à peine au bout d'une 1/2 heure, il éprouve au creux de l'estomac une sensation très-pénible de pesanteur, de constriction ; la tête est lourde ; la face, d'ordinaire très-pâle, est rouge, congestionnée. Le malade est pris de bâillements invincibles ; il a des nausées, des renvois aigres, acides. La sueur lui perle au front ; il vomit en plus ou moins grande abondance ; ces vomissements ne contiennent rien autre chose que des aliments.

Aussitôt après les vomissements, le malade se sent considérablement soulagé ; les douleurs épigastriques cèdent ; il persiste seulement un peu de tympanisme. Quelquefois il arrive que les douleurs réapparaissent deux ou trois

heures après les premiers vomissements et durent aussi une heure ou deux. — Pas de douleur à la pression de l'épigastre; pas de trace de tumeur.

La langue est un peu blanchâtre et l'haleine fétide. Constipation opiniâtre.

Le *foie* est normal.

Il en est de même de la *rate*.

Les *poumons* sont sains.

Le *cœur* présente un dédoublement du 2e bruit à la base; souffle bref, diastolique, dans les vaisseaux du cou; pas d'œdème des membres inférieurs.

L'*urine*, un peu foncée, contient quelques flocons de mucus; l'examen au microscope montre la présence de spermatozoïdes assez nombreux.

Système nerveux. — Facilement énervé, le malade pleure pour rien; il a des idées de suicide. — Fréquemment il éprouve des vertiges quand il marche; il lui semble parfois que la terre s'entr'ouvre sous lui. — Lorsqu'il est dans la rue, les objets voltigent devant lui; les arbres, les maisons lui paraissent plus élevées; alors il est pris de nausées : il devient pâle, et il tomberait s'il n'avait devant lui quelque appui pour le retenir. Ces phénomènes sont surtout marqués lorsque les troubles dyspeptiques sont très-accentués.

Traitement. — On ordonne : un gramme de pepsine, pris en deux doses égales, une dose un quart d'heure après chaque repas. — Le matin à jeun, 50 centigr. de poudre de rhubarbe. — Embrocations sur le périnée, avec la pommade suivante : axonge, 30 gr.; extrait de belladone, 8 gr.; bromure de potassium, 4 gr. en deux paquets, chacun dans un quart de verre d'eau, immédiatement après le repas. Tisane de colombo.

21 *juillet.* — Le malade a eu, dans la nuit, des pertes séminales. — Même traitement.

22, 23, 24, 25 *juillet.* — Id.

26 *juillet.* — Les pertes séminales ont un peu diminué; la constipation est moins opiniâtre; les troubles dyspeptiques sont moins accentués. Même traitement.

1er *août.* — On ajoute, au traitement, du vin de gentiane.

5 *août.* — L'état général est meilleur, la face est moins pâle; les troubles nerveux sont moins marqués.

10 *août.* — Amélioration sensible.

Obs. LX. — *Typhlite à la suite d'une entérite légère déterminée par l'ingestion d'une grande quantité d'eau. — Terminaison par résolution.*

Le nommé B... Étienne, âgé de 22 ans, garçon d'hôtel. Entré le 11 janvier 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 4.

Antécédents. — Santé bonne. N'a jamais été malade.

Renseignements. — Il y a un mois, ayant très-soif, il ingéra une quantité assez considérable d'eau. Deux jours après, il est tout à coup réveillé, vers minuit, par une violente douleur dans le flanc droit; cette douleur dura tout le reste de la nuit. Elle était très-intense et augmentait par la pression.

Le lendemain, diarrhée abondante et séreuse : le malade est allé 20 fois environ à la selle; cette diarrhée amène une diminution des douleurs. Mais le soir elles reparaissent avec les mêmes caractères; depuis, elles n'ont pas disparu. Elles augmentent pendant la nuit; elles deviennent surtout vives quand le malade veut marcher ou faire un effort quelconque.

Le malade a néanmoins essayé de vaquer à ses occupations, pendant environ 15 jours. Mais au bout de ce temps il a été obligé de cesser tout travail; il a remarqué qu'il maigrissait beaucoup.

11 *janvier.* — *État actuel.* — Amaigrissement assez considérable, surtout au visage ; le reste du corps paraît avoir été moins atteint.

Le malade est alité depuis 15 jours.

Il ne se plaint que d'une seule chose, à savoir d'une douleur qu'il éprouve dans le flanc droit. Elle s'irradie de haut en bas, jusque dans le testicule droit, et de dehors en dedans; elle est continue.

Elle est augmentée par la pression, la toux, etc. ; pendant la nuit, le malade ne peut pas se coucher sur le côté droit.

A la palpation, on perçoit une tuméfaction profonde, parfaitement indépendante de la paroi abdominale antérieure. Elle n'est pas très-résistante. Pas de fluctuation. C'est un empâtement bien limité occupant une longueur de 5 centimètres environ sur 3, 4 de large; la tuméfaction est dirigée de haut en bas et de dedans en dehors; en un mot, elle occupe la place du cœcum lui-même.

Souffle doux, dans les vaisseaux du cou.

L'examen des autres organes, poumons, cœur, etc., ne donne rien de particulier. L'appétit est médiocre, la langue blanche, saburrale; constipation opiniâtre; le sommeil est fréquemment interrompu, à cause des élancements douloureux qui se manifestent dans le flanc droit. — L'urine est rouge; pas d'albumine, ni de sucre.

Traitement. — 15 grammes d'huile de ricin ; application d'un vésicatoire dans la région cœcale. — Tisane de houblon. — Bouillon.

13 *janvier.* — Le malade est allé assez abondamment à la garde-robe; les selles ne contiennent pas de pus : l'appétit est un peu revenu.

14 *janvier.* — La diarrhée continue; la tumeur est légèrement affaissée.

Le malade mange deux portions.

15 *janvier.* — La diarrhée diminue, ainsi que la douleur. L'appétit est revenu.

Au bout de trois semaines, le malade part pour Vincennes ; sa tumeur avait complétement disparu.

Obs. LXI. — *Dilatation de l'S iliaque simulant une cirrhose du foie, avec ascite. Hypertrophie énorme de la moitié inférieure du gros intestin. — Homme opéré au moment de la naissance d'une imperforation de l'anus. — Mort subite par asphyxie. Autopsie.*

Le nommé B... Louis, âgé de 38 ans, maçon.

Entré le 21 juin 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 1 bis.

Renseignements. — Ce malade est né avec une imperforation de l'anus.

Il fut opéré avec succès; mais, pendant 7 ans, il a été obligé de se servir d'une canule pour la défécation; au bout de ce temps, il put aller à la selle d'une façon normale.

A l'âge de 18 ans, il eut une pleurésie à gauche dont il guérit parfaitement.

En 1870, première attaque de rhumatisme qui occupa toutes les articulations des membres, sauf celles des coudes et des épaules. En même temps, il eut, dit-il, des palpitations de cœur et les jambes enflées.

Il y a 2 ans, il fut atteint, pour la deuxième fois, de la même affection rhumatismale, mais avec une intensité beaucoup moindre. Depuis son enfance, il éprouve des troubles intestinaux, caractérisés par une constipation opiniâtre (il reste habituellement 4 ou 5 jours sans aller à la selle) et un gonflement du ventre qui apparaît une heure ou deux après le repas. Ce gonflement s'accompagne d'un notable malaise avec sensation d'étouffement : il disparaît aussitôt après l'évacuation d'une quantité assez considérable de gaz. Pas de signes évidents d'alcoolisme.

Il fait remonter le début de sa maladie actuelle à 3 mois environ. Vers cette époque, il remarqua que le gonflement habituel de son ventre, au lieu de se dissiper comme les autres fois, persistait. Ce gonflement, d'abord léger, augmenta peu à peu et bientôt envahit tout l'abdomen.

Toujours même constipation. Le malade ne va qu'une fois, tous les 5 ou 6 jours, à la selle.

Depuis 2 mois seulement est apparu un œdème léger des jambes, œdème qui disparaît dans le décubitus dorsal.

L'état général n'a pas été atteint ; les forces et l'appétit sont restés les mêmes ; jamais il n'a éprouvé de douleur autre que la gêne occasionnée par le développement de son ventre. Pas d'ictère.

Etat actuel. — Au premier coup d'œil, on est frappé du volume énorme que présente le ventre de ce malade. Il est uniformément distendu; mais cependant il fait saillie en carène sur toute la longueur de la ligne blanche; l'épigastre est le point où il est le plus saillant : c'est là, du reste, que la masse intestinale paraît s'être réfugiée. En effet, à ce niveau, existe une sonorité exagérée qui dénote l'accumulation de gaz dans cette région. A mesure que la percussion s'éloigne, on trouve, tout autour de cette saillie, une matité qui devient complète dans les deux flancs et dans toute la région sous-ombilicale.

Dans les parties mates, on perçoit très-nettement la sensation de flot quand on frappe avec le bout des doigts sur un des flancs, l'autre main étant appliquée sur la région sous-ombilicale ou sur l'autre flanc.

Les veines, contenues dans l'épaisseur de la peau de l'abdomen, sont *considérablement dilatées et forment un réseau très-apparent.*

Le foie paraît avoir diminué de volume, mais il est difficile à délimiter à cause du développement exagéré de l'abdomen.

On ne parvient pas non plus à reconnaître les dimensions de la rate.

L'état général n'est pas très-altéré. — La peau de la face est d'un jaune terreux ; sur tout le reste du corps, elle est pâle et sèche. — Le malade dit avoir conservé

toute sa force musculaire, et n'a pas maigri notablement.

La respiration est courte, et, aux moindres efforts, il y a de l'essoufflement.

L'appétit est bon ; les digestions se font bien, malgré l'augmentation passagère du gonflement du ventre et la sensation d'étouffement qui suivent presque chaque repas. C'est ce qu'il appelle ses crises.

Les poumons sont sains. Le cœur n'offre aucun trouble fonctionnel ; pas de modifications des bruits cardiaques. L'urine est normale.

On porte le diagnostic : *ascite symptomatique d'une cirrhose du foie*. On croit qu'il existe une grande quantité de liquide, une quinzaine de litres environ.

Marche de la maladie. — Le 22 juin, le malade se plaint d'avoir eu la veille, vers le soir, une de ses crises, consistant en une sensation d'étouffement qui le force à s'asseoir ou à se lever, et qui s'est dissipée comme d'habitude après qu'il a eu rendu quelques gaz. Il paraît que, dans ses crises, il se couche quelquefois à plat ventre à terre, se frappe l'abdomen sur le sol ou l'y comprime fortement, et que c'est ainsi seulement qu'il parvient à expulser des gaz et à faire cesser son attaque de dyspnée. A la visite, on le trouve un peu essoufflé, mais en somme son facies est assez bon, et il dit ne plus souffrir. M. Vulpian recommande à M. Raymond de se tenir prêt à pratiquer une ponction abdominale si les phénomènes de dyspnée asphyxique se reproduisent avec plus d'intensité encore que la veille. On constate d'ailleurs le même état local qu'hier.

Le 23 au matin, même état que la veille ; il n'y a pas eu de crise nouvelle : le malade dit même qu'il va assez bien. Vers 3 heures de l'après midi, il va au cabinet d'aisances. Au bout d'un quart d'heure à vingt minutes, on l'y trouve couché sur le ventre, faisant quelques efforts pour se presser le corps sur le sol, mais déjà il marmottait des paroles.

incompréhensibles; il divaguait; il était extrêmement cyanosé et paraissait sur le point d'asphyxier. On le porte sur son lit; on s'empresse d'aller chercher l'interne de garde pour faire une ponction, ainsi que cela avait été éventuellement prescrit. Au moment où l'interne arrive, le malade vient de mourir.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, dont les parois étaient très-amincies, le couteau ayant éraillé une partie de l'intestin, il y eut subitement un dégagement considérable de gaz avec issue des matières fécales noirâtres, à demi liquides; ce dégagement fut précédé d'une détonation assez forte projetant au loin les matières fécales : en même temps, l'intestin s'ouvrait sur une longueur de 30 centimètres.

Cette ouverture de l'intestin fut oblitérée avec des fils, et, après avoir sectionné avec soin le reste des parois abdominales dans toute l'étendue, on aperçut une poche énorme remplissant toute la cavité de l'abdomen, depuis la partie inférieure jusqu'au diaphragme, refoulant non-seulement ce muscle vers l'intérieur de la cavité thoracique, mais avec lui l'intestin grêle, l'estomac, le foie et la rate.

Il fut reconnu que cette poche énorme n'était autre chose que l'S iliaque et le rectum très-dilatés et remplis de matières noirâtres très-molles; on lia l'intestin au-dessus de l'S iliaque, et, après l'avoir séparé du reste du tube digestif, il fut enlevé de la cavité abdominale avec le rectum, qui fut disséqué jusqu'à l'anus.

On vit alors qu'il n'y avait pas de trace de liquide dans la cavité abdominale; les autres portions de l'intestin étaient blotties dans le fond de cette cavité et paraissaient très-diminuées de volume.

Après avoir vidé l'S iliaque et le rectum des matières qu'ils renfermaient, on évalua la quantité de ces matières à la valeur de 20 litres. Elles étaient très-molles, fluides

même, noires, avec un reflet verdâtre et une odeur fétide.

La dilatation commence au-dessus de l'S iliaque, qui est également beaucoup augmenté de volume. Le rectum est très-dilaté aussi jusqu'à l'anus ; c'est au niveau de l'ampoule rectale et un peu au-dessus que la dilatation atteint son maximum.

L'anus se présente, à l'endroit où se termine cette dilatation, sous la forme d'un anneau assez rétréci, dans lequel le doigt pénètre assez difficilement. L'ouverture anale semble conforme à celle d'un anus normal.

L'épaisseur des parois, au niveau de la dilatation, est considérablement accrue ; les trois tuniques sont épaissies ; mais c'est la tunique musculaire qui, à la simple vue, paraît l'être le plus.

Sur la face interne de l'intestin, on remarque des éraillures plus ou moins profondes, plus ou moins étendues, qui semblent dues à la distention des parois par les matières et les gaz.

Ces éraillures paraissent avoir été produites après la mort, lorsque de nouveaux gaz, venant à se développer, ont fait augmenter dans une énorme proportion le volume de l'abdomen.

La mensuration a donné les résultats suivants :

Circonférence au niveau du rectum, dans la plus grande largeur = 70 centimètres.

Longueur totale = 90 centimètres.

Il est nécessaire de noter que ces dimensions, prises après que le gros intestin a été ouvert et débarrassé de son contenu, sont bien loin de représenter celles de cet intestin pendant la vie.

Le reste du gros intestin est aussi un peu dilaté ; le cœcum surtout est beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal.

Dans cette portion de tube digestif, contenant des ma-

tières analogues à celle de l'S iliaque et du rectum, on rencontre des corps étrangers de toute espèce, des phalanges entières de lapin ou de lièvre, des boutons, des noyaux de fruits, incrustés de matières calcaires, etc., etc.

La membrane muqueuse du cœcum semble parfaitement normale, et l'épaisseur des parois de cette partie du gros intestin n'est pas considérable.

L'intestin grêle est normal; son volume est ordinaire, mais ses parois sont amincies et se déchirent à la moindre traction.

Il en est de même de l'estomac, qui est un peu dilaté et dont les parois, d'épaisseur normale, se déchirent facilement sous l'influence de tractions légères.

L'œsophage et le larynx sont absolument sains.

Les reins ont le volume habituel, et leur tissu, sur les surfaces de section, présente les caractères de l'état normal.

La rate, petite, paraissait très-anémiée.

Le foie, de volume normal, de couleur ordinaire, se présente à la coupe comme un foie tout à fait sain et exempt d'altération; la réaction iodique n'a donné aucun résultat.

Le pancréas est normal.

La cavité thoracique présente sa capacité très-diminuée par le refoulement du diaphragme. Les deux poumons sont refoulés en haut et ne sont, tous les deux, pas plus gros que les poings. Le poumon droit était intimement adhérent à la plèvre pariétale et à la plèvre diaphragmatique; il présentait une coloration rouge de congestion hypostatique, assez nette, et sur des coupes cet aspect rougeâtre était aussi très-marqué.

Le poumon gauche était normal.

Le cœur était également sain.

Rien à noter du côté des centres nerveux.

CHAPITRE VI

MALADIES DU FOIE.

Les faits cliniques qui suivent ont, les uns, pour ainsi dire, un intérêt d'actualité; ils sont, en effet, relatifs à une question à l'ordre du jour, car ils concernent la détermination du chiffre de l'urée, dans des cas d'hépatites chroniques et de lésions destructives du parenchyme hépatique; les autres, moins importants, méritent cependant d'être signalés.

— L'observation LXII est un cas d'*ictère bénin catarrhal;* les symptômes classiques ont été assez nets, et je ne rapporte cette observation que pour l'opposer aux suivantes.

Celles-ci (obs. LXIII et LXIV) sont des observations de coliques hépatiques.

Rien n'est plus commun que de voir des malades atteints de coliques hépatiques, avec ictère, dans les antécédents desquels on trouve un grand nombre d'attaques de cette même affection, attaques qui ont été méconnues précisément parce qu'elles n'ont pas été suivies de jaunisse. C'est là un fait que j'ai entendu signaler bien des fois par mes différents maîtres dans les hôpitaux et dont

j'ai pu constater par moi-même l'exactitude dans un grand nombre de cas. Que de coliques de ce genre passent inaperçues, surtout chez la femme, atteinte plus souvent que l'homme de cette maladie! Du reste, le diagnostic est parfois bien difficile.

Ainsi, dans notre première observation, il manque au tableau symptomatique la signature de l'affection; je veux parler de l'ictère. On est exposé à diagnostiquer, en pareil cas, soit un ulcère simple de l'estomac, soit toute autre affection douloureuse de l'abdomen, et, s'il s'agit de femmes jeunes, bien souvent on met sur le compte de névralgies anémiques ou hystériques ce qui est déterminé par la présence des calculs dans l'appareil hépatique.

J'ai observé, avec M. Vulpian, à l'hôpital de la Pitié, une jeune fille de 25 ans, qui, depuis quatre ans, souffrait par intervalles de douleurs aiguës dans le ventre; ces douleurs étaient accompagnées de vomissements, mais jamais d'ictère; on l'avait toujours considérée comme hystérique et traitée en conséquence, d'autant plus qu'en réalité elle avait eu plusieurs fois des crises de nerfs qui éclataient à propos de ses douleurs du foie. Un jour, à la suite d'une crise semblable aux précédentes, comme forme, mais un peu plus violente, la coloration jaune de la peau survint; les selles se décolorèrent, etc. : c'est alors qu'elle entra à la Pitié. Toute l'histoire clinique antérieure de la malade s'éclaira ainsi d'un nouveau jour, et l'on put instituer un traitement rationnel qui fit disparaître en même temps et la tendance aux coliques hépatiques et les accès hystériformes que provoquaient ces accidents. A propos de la malade de l'observation XLIII, on aurait pu commettre la même erreur.

— L'observation LXIV est intéressante en ce sens que la malade ne présente absolument rien à noter, ni au point de vue de l'hérédité, ni au point de vue de ses antécédents personnels, qui puisse expliquer la formation de calculs

biliaires; elle est domestique; sa vie est active, et cependant, à 28 ans, elle a des coliques hépatiques.

— Les observations LXV, LXVI sont des cas d'*hépatite interstitielle chronique*, avec augmentation notable du volume du foie sous l'*influence bien évidente de l'alcoolisme;* l'observation LXVII est un exemple de *cirrhose hypertrophique*, également d'origine *alcoolique.*

M. le professeur Charcot, dans son cours d'anatomie pathologique, a tracé un nouveau chapitre de la pathologie hépatique. Mettant à profit les travaux de MM. Prévost et Dumas, Bouchardat, Parkes, Murchison, G. Meissner, Fouilloux, et surtout ceux de M. Brouardel, il a signalé : « l'influence remarquable qu'exercent certaines lésions du foie sur la formation et consécutivement sur l'élimination des produits fondamentaux de l'assimilation et de l'excrétion azotée, à savoir l'*urée* et *acide urique.* »

Il résulte de tous les travaux faits jusqu'à ce jour, et en particulier de ceux de M. Brouardel, que, dans les affections hépatiques, le taux de l'urée peut être modifié de deux façons opposées : ou bien il y a exagération du chiffre moyen de l'urée rendu en 24 heures, ou bien il y a diminution, ou même suppression de cette excrétion.

Les faits du premier groupe sont ceux dans lesquels le foie n'étant pas le siége de lésions organiques, le fonctionnement physiologique du viscère est modifié par un simple trouble dynamique, comme dans les cas d'ictère dit spasmodique, etc.

Les faits du second groupe se rapportent à des lésions destructives plus ou moins profondes, plus ou moins étendues du parenchyme hépatique; dans ce cas, la production d'urée est plus ou moins diminuée.

M. Vulpian, qui avait exposé dans son cours de 1874 les hypothèses nouvelles émises sur l'uréogénie hépatique, et qui avait été conduit à mettre en doute la légitimité de ces

hypothèses a voulu contrôler dans son service les résultats obtenus par divers médecins, par M. Brouardel entre autres. Il a donc fait analyser, en particulier au point de vue de la quantité d'urée rendue, l'urine des vingt-quatre heures de tous les malades atteints d'affections destructives du foie, qu'il a eus à soigner. Ces affections sont des cas de gastro-hépato-carcinie (chap. V), d'hépatites interstitielles (obs. LXV et LXVI), de cirrhose hypertrophique (obs. LXVI). Les analyses ont été faites en tenant compte : 1° du régime; 2° de la quantité d'urine recueillie dans les 24 heures; 3° de la température des malades, c'est-à-dire de l'existence ou de la non-existence d'un état fébrile.

C'est un problème bien délicat que celui qui concerne l'appréciation de l'influence des affections d'un organe déterminé sur la quantité d'urée contenue dans l'urine. En effet, il est clair qu'il faut prendre en considération la quantité et la nature des aliments ingérés par le malade, la quantité et la nature des liquides introduits dans l'estomac, les médicaments absorbés, etc. Or ces éléments varieront nécessairement dans une assez forte mesure, suivant l'organe affecté et suivant l'affection dont cet organe est atteint. Ce sont là des appréciations relatives au problème à résoudre, sur lesquelles M. Vulpian a souvent appelé notre attention.

Mais il est un autre point sur lequel il a insisté à plusieurs reprises et dont je dois dire ici quelques mots. Quand même il serait démontré que les affections de tel organe, du foie par exemple, font varier dans une énorme proportion la quantité d'urée contenue dans l'urine des 24 heures, indépendamment des conditions mentionnées plus haut, on ne serait pas en droit de voir là une preuve décisive que cet organe, le foie, est le principal foyer de production de l'urée qui se forme dans l'économie. Il n'y a pas de maladie absolument cantonnée dans l'enceinte d'un viscère.

Dès que les fonctions du foie, par exemple, sont troublées par une affection d'une certaine intensité, la nutrition intime de tous les organes, de tous les tissus, de tous les éléments anatomiques, se trouve en souffrance à un degré variable. Les actes physico-chimiques dont l'organisme vivant est partout le théâtre sont plus ou moins modifiés. Si l'urée, comme il est permis de le croire, est un produit de désassimilation qui se constitue partout où des phénomènes de nutrition et de dénutrition ont lieu dans la substance organisée et vivante des animaux, on comprend bien comment la quantité de cette urée, formée dans un temps déterminé, pourra varier sous l'influence des affections d'un organe important tel que le foie. On ne pourra donc pas tirer de ces variations un indice montrant que cet organe est le foyer principal de la production de l'urée. La question physiologique resterait donc entière, quand même, je le répète, on aurait prouvé — et on ne l'a pas fait nettement — que les affections du foie sont par elles-mêmes, beaucoup plus que les affections d'autres organes aussi importants, une cause de variation de la proportion d'urée contenue dans l'urine des vingt-quatre heures.

En effet, les preuves alléguées en faveur de la doctrine nouvelle demandent à être vérifiées de nouveau, et les analyses, pour avoir une valeur réelle, devront être plus nombreuses. Les résultats fournis par nos observations s'éloignent assez de ceux indiqués par les auteurs. Dans le premier cas (gastro-hépato-carcinie, obs. LVI), nous trouvons, comme chiffres moyens de l'urée rendue en 24 h., 10 gr. 40, et comme quantité moyenne d'urine dans le même temps 0 lit. 80; dans le second cas (hépatite interstitielle, obs. LXV), ces chiffres sont : urée, 33 gr. 535; urine, 2 lit. 47 ; dans le troisième cas (hépatite interstitielle, obs. LXVI) : urée, 26 gr. 849; urine, 3 lit. 50; dans le quatrième (cirrhose hypertrophique, obs. LXVII) : urée,

13 gr. 032; urine, 1 lit. 50. Au contraire, chez les malades de M. Brouardel, atteints, il est vrai, de cirrhose atrophique avancée, l'urée des 24 h. n'a jamais dépassé 9 grammes. Dans un des cas de cirrhose hypertrophique décrits par M. le Dr Hanot, le chiffre de l'urée des 24 h. a oscillé entre 4 gr. et 9 gr. L'observation de Vogel, qui a trait à un cancer du foie, montre que ce chiffre, dans le même temps, a été de 6, 7, 8 grammes.

Ces résultats contradictoires démontrent que la question de fait elle-même n'est pas résolue entièrement, et partant la question de doctrine doit être réservée; elle doit l'être à plus forte raison si l'on tient compte des considérations de physiologie pathologique indiquées plus haut.

— Chez le malade de l'observation LXVI, M. Vulpian a cherché à vérifier les faits indiqués par MM. Colrat, de Lyon, Couturier, Lépine; il s'agissait de savoir si le malade atteint de lésions diffuses du foie était, sous le rapport de la digestion des matières sucrées, dans les conditions où l'on trouve un animal auquel du sucre a été injecté dans les veines jugulaires. Dans les cas cités, le sucre est apparu dans les urines pendant la période de digestion des féculents. Nous n'avons pas obtenu le résultat indiqué; en faisant prendre de la glycose au malade, le sucre n'est pas passé dans les urines; mais un fait assez particulier s'est produit: la quantité d'urine rendue, qui avant l'administration de la glycose était de 4 à 5 litres, est tombée à 2 litres 1/2; l'expérience, plusieurs fois renouvelée, a toujours donné les mêmes résultats.

— Il importe de faire remarquer que le fait négatif de l'observation LXVI, relativement à l'assertion des auteurs précités, n'a qu'une médiocre valeur, parce que la circulation intra-hépatique était en somme peu troublée.

OBSERVATIONS.

Obs. LXII. — *Ictère bénin catarrhal. Traitement par les purgatifs et les amers.*

La nommée V... Suzanne, âgée de 28 ans, confectionneuse.

Entrée le 12 juillet 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 7.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 28 ans, a été réglée à 19 ans ; longtemps avant l'apparition de ses règles, elle a eu des épistaxis abondantes.

Les antécédents héréditaires sont nuls, et ceux que fournit la malade elle-même ne présentent rien de saillant. Elle n'accuse aucun signe de scrofule, ni de rhumatisme.

La malade a été atteinte de varioloïde il y a 8 mois. Elle n'a jamais eu d'autres affections sérieuses.

Vers la fin du mois de juin dernier, elle fut prise de malaise; elle éprouvait des douleurs sourdes dans les membres et les reins; en même temps, elle eut de la céphalalgie, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles et un état fébrile assez marqué, surtout le soir.

Dès cette époque, l'appétit diminua et cessa même tout à fait; bientôt elle fut sujette à des vomissements qui survenaient chaque fois qu'elle essayait de manger. Ces vomissements ont diminué, et aujourd'hui ils ont complétement cessé. Deux jours après le début de ces accidents, il survint de l'ictère, qui débuta par les conjonctives et la face antérieure de la poitrine. Il resta ainsi limité pendant huit jours, puis se généralisa peu à peu à tout le corps, qu'il occupe aujourd'hui dans son entier.

Pas de douleurs, pas de coliques.

Etat actuel. — L'ictère est très-marqué, et la coloration

de la peau est beaucoup plus foncée qu'elle ne l'était il y a 2 ou 3 jours, dit la malade. Démangeaisons cutanées très-vives qui la forcent à se gratter au point de se faire des excoriations à la peau.

Encore d'après son dire, les selles étaient tout à fait décolorées; depuis hier seulement, elles reprennent leur coloration normale. Pas de constipation.

Aujourd'hui, la malade se plaint de courbature, de céphalalgie, et elle accuse surtout une perte d'appétit très-marquée.

Des douleurs assez vives se montrent à l'épigastre une demi-heure, une heure après chaque repas; mais elles ne durent pas plus d'une heure et ne sont pas suivies de vomissements.

Il existe un peu d'œdème des membres inférieurs, et l'urine contient une assez grande quantité de matières colorantes de la bile; pas d'albumine.

Cependant l'état général est amélioré depuis quelques jours.

Le pouls bat 60 fois par minute. Température normale.

La malade ne tousse pas. Du reste, rien, ni à l'auscultation, ni à la percussion des poumons.

Cœur. — La palpation fait percevoir de forts battements : l'auscultation permet d'entendre un souffle assez fort à la pointe et au premier temps et un autre à la base, également au premier temps (celui de la pointe semble n'être que le prolongement de celui de la base). Le cœur ne paraît pas hypertrophié ni dilaté.

Les vaisseaux du cou sont également le siége d'un souffle assez fort.

Foie. — Le foie est sain, et il n'y a jamais eu de douleurs au niveau de la région qu'il occupe.

Rate. — Elle est également saine.

La marche de l'affection et l'ensemble des symptômes

font diagnostiquer un ictère catarrhal, malgré les douleurs qui suivent les repas.

13 *juillet.* — *Traitement.* — On ordonne : 15 gr. d'huile de ricin. — Tisane de houblon. — Bouillon et potages.

14 *juillet.* — Après son purgatif, la malade se sent mieux ; les douleurs disparaissent, ainsi que l'affaiblissement général ; mais l'ictère persiste, accompagné de démangeaisons insupportables.

17 *juillet.* — L'ictère diminue lentement ; les souffles du cœur sont les mêmes.

18 *juillet.* — L'appétit est toujours médiocre ; la malade prend de nouveau 15 grammes d'huile de ricin.

19 *juillet.* — Les selles commencent à reprendre leur coloration normale. — La malade mange une portion.

21 *juillet.* — Deux pilules écossaises.

23 *juillet.* — La teinte ictérique diminue sensiblement ; l'appétit revient. — Eau de Vichy ; vin de quinquina ; tisane de houblon.

On continue ce traitement jusqu'à la fin du mois.

La malade quitte l'hôpital le 4 août 1877, complétement guérie ; l'ictère avait entièrement disparu ; le souffle cardiaque était devenu très-faible.

Obs. LXIII. — *Coliques hépatiques. Absence d'ictère. Phénomènes nerveux hystériformes. — Guérison par les alcalins.*

La nommée D... Mariette, âgée de 38 ans, couturière.

Entrée le 29 mars 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 8.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 38 ans, est couturière de son état ; elle est réglée depuis l'âge de 12 ans et toujours très-régulièrement.

Comme antécédents, elle accuse seulement des douleurs rhumatismales qui se montrent très-fréquemment ; mais jamais elle n'a eu d'attaques aiguës, qui l'aient forcée à garder le lit.

Il n'existe chez elle aucun antécédent strumeux ni syphilitique. Rien non plus d'important du côté de l'hérédité.

Elle est très-nerveuse, et souvent elle éprouve la sensation de la boule hystérique.

Depuis 4 mois, cette malade se plaint de douleurs assez vives qui ont débuté dans le côté droit et le côté gauche du tronc. Elles étaient limitées aux deux régions latérales du thorax et s'irradiaient, par moments, sous les épaules et sur la face antérieure de la poitrine.

Ces douleurs sont venues tout à coup, sous forme d'accès; elles ont persisté jusqu'au moment actuel, avec des rémissions, des exacerbations plus ou moins répétées.

La malade ne souffrait pas au niveau de l'épigastre ; elle n'avait ni nausées ni vomissements; mais, quand elle avait mangé, elle éprouvait une vive douleur dans la région de l'estomac.

Suivant son dire, après les douleurs, elle serait devenue jaune par tout le corps, et son urine aurait été rouge, peu abondante et très-trouble.

En même temps, elle aurait eu une fièvre assez intense, plus forte le soir que le matin.

Les accidents fébriles et douloureux auraient duré quelques jours, et l'ictère aurait disparu au bout de deux semaines.

Pendant un mois, elle fut à peu près bien; mais, il y a trois mois, elle a éprouvé une seconde crise plus forte que la première.

Les douleurs débutèrent sur les côtés du thorax et cette fois occupèrent la région épigastrique; à ce niveau, ces douleurs étaient plus fortes que sur les côtés. La malade avait des élancements dans la région épigastrique, et ces élancements se propagèrent, beaucoup plus que la première fois, vers les épaules et la face antérieure de la poitrine. Jamais il n'y a eu d'irradiation vers les membres inférieurs.

Elle a eu encore la jaunisse, et la durée des accidents a été à peu près la même que la première fois.

Il y a une huitaine de jours, la malade a été reprise d'une nouvelle crise.

État actuel. — C'est une femme grande, assez forte.

La face est pâle; aucune coloration anormale de la peau; celle-ci est un peu chaude au toucher et sèche. T. A., 38°, 6.

La malade se plaint surtout de vomissements.

Ces vomissements surviennent après chaque repas et presque aussitôt après; ils se montrent aussi dans l'intervalle des repas, et alors ils ont une teinte verdâtre très-nette.

La pression au niveau de la région épigastrique est très-douloureuse. Il n'y a pas de point douloureux dans le dos; la douleur ne se propage pas non plus vers les épaules.

L'appétit est très-diminué ; la langue est blanchâtre ; l'haleine, fétide; la malade n'ose pas manger, de peur de provoquer ses douleurs.

Elle n'a pas remarqué une exaspération de la douleur par certains aliments plutôt que par d'autres; elle est très-constipée et ne va à la selle qu'avec des lavements. Aucun renseignement sur la couleur des matières fécales.

L'état général est, d'après son dire, un peu amélioré; la malade a de la fièvre le soir, et elle se plaint de céphalalgie et de vertiges.

Pas d'épistaxis ; pas de taches rosées, ni de douleur dans la fosse iliaque droite.

La malade ne tousse pas ; l'examen de la poitrine ne décèle rien d'anormal, en avant; en arrière, à gauche, la respiration est un peu soufflante à l'expiration. Pas d'expectoration.

Le cœur aussi est sain, et l'auscultation ne fait entendre aucun bruit pathologique.

Le foie est un peu douloureux à la pression, mais il n'a pas augmenté de volume.

La rate est saine.

L'urine est rouge, sédimenteuse, et ne contient ni albumine, ni sucre, ni matières colorantes de la bile (essai par l'acide azotique).

M. Vulpian pose le diagnostic suivant : *lithiase biliaire ; colique hépatique.*

Traitement. — 30 gr. de sulfate de soude. — Tisane de chiendent. — Bouillon.

1[er] *avril.* — La malade a eu, dans la journée d'hier, une crise douloureuse qui est survenue une heure après son dîner. — Pas d'ictère.

Cataplasmes laudanisés sur le ventre. — Solution de Vichy.

2 *avril.* — Lavement purgatif.

3 *avril.* — L'état général est meilleur; l'appétit revient un peu.

4 *avril.* — La malade a souffert presque immédiatement après son déjeuner; elle a vomi assez abondamment. — Rien de particulier dans les vomissements.

6 *avril.* — Nouvelle crise douloureuse ; la malade a une véritable crise de nerfs, sans perte de connaissance ; cette crise dure une demi-heure environ.

7 *avril.* — Pas d'ictère. Injection sous-cutanée d'un centigr. de morphine à la région hépatique. On continue la solution de Vichy.

9 *avril.* — Lavement purgatif.

11 *avril.* — La malade est mieux; pas d'ictère; l'état fébrile est disparu. Bain alcalin.

14 *avril.* — Quelques douleurs dans la région hépatique.

17 *avril.* — La malade va bien ; elle mange deux portions. Elle prend un bain alcalin trois fois par semaine.

Elle quitte l'hôpital le 25 avril 1877, après avoir éprouvé encore quelques crises douloureuses, mais non accompagnées d'ictère.

M. Vulpian, en se fondant sur la marche de l'affection, a maintenu son diagnostic.

Obs. LXIV. — *Colique hépatique. — Traitement par les purgatifs et les alcalins. Guérison.*

La nommée B... Hortense, 28 ans, domestique.

Entrée le 22 mars 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 11.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 28 ans, est bien réglée depuis l'âge de 16 ans; elle n'a pas de leucorrhée dans l'intervalle de ses règles.

Elle paraît n'avoir eu, d'après son dire, aucun accident de scrofule ni de rhumatisme.

Rien non plus à signaler relativement à l'hérédité; ses parents se portent tous très-bien.

Elle est à Paris depuis 2 ans.

Bien portante jusqu'au milieu du mois de janvier, elle fut atteinte subitement, à cette époque, d'une douleur vive, intense, dans le côté droit, vers la région du foie.

Cette douleur s'étendait à tout le pourtour du thorax, sans s'irradier vers les parties supérieures, tandis qu'elle descendait le long des parois abdominales vers les cuisses.

Cette douleur n'était pas continue; elle revenait par paroxysmes, durait plusieurs secondes et cessait pour se reproduire presque aussitôt; elle ne pouvait être apaisée par aucune position.

En même temps, la malade fut prise de vomissements alimentaires, puis bilieux, qui durèrent pendant plusieurs jours; elle eut de la fièvre avec une céphalalgie violente.

Elle fut soignée, pour ces douleurs, dans le service de M. Empis, où elle resta 8 jours. Sa peau offrait alors une teinte jaune, et cette teinte aurait apparu le lendemain ou le surlèndemain du jour où les douleurs se sont manifestées. Lorsqu'elle sortit du service de M. Empis, elle ne souffrait plus au niveau du foie, et sa peau avait repris sa coloration normale.

Quoique guérie de ses douleurs hépatiques, elle conserva cependant de la faiblesse, des douleurs vagues dans le

thorax et dans les jambes; le ventre resta sensible et empêcha la malade de pouvoir se serrer comme d'habitude.

Elle avait de l'appétit, et l'état général a été bon jusqu'au 16 de ce mois.

A cette époque, elle fut atteinte, de nouveau, d'accès douloureux analogues aux premiers.

Ils survinrent rapidement à la suite d'un repas que la malade avait pris avec appétit.

Elle a éprouvé subitement des douleurs lancinantes, térébrantes vers le foie; elles s'irradiaient encore vers les cuisses, mais jamais en haut vers la poitrine et dans les épaules.

Elle fut prise en outre de vomissements répétés, alimentaires et bilieux, et de céphalalgie très-vive, avec éblouissements et vertiges.

La malade serait devenue jaune, deux jours après le début de ces accès douloureux.

Elle a été obligée de garder le lit jusqu'à aujourd'hui; elle a eu un peu de fièvre, mais moins fortement que la première fois.

État actuel. — Femme brune, de stature moyenne.

Sur toute la surface du corps existe une teinte jaune assez accusée. — Les conjonctives palpébrales et oculaires sont également jaunes. — La face inférieure de la langue présente la même coloration.

La peau est sèche, un peu squameuse.

Léger état fébrile. T. A., 38°.

L'appétit est nul. — Nausées; vomissements verdâtres.

La malade se plaint de souffrir dans la région épigastrique; elle dit que ses souffrances sont surtout vives une heure après les repas.

La pression, dans la région du foie, est douloureuse. — Les douleurs s'irradient maintenant vers l'épaule droite.

Les crises douloureuses sont fréquentes, et elles durent quelquefois plusieurs heures.

Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal.

Le *foie* est un peu augmenté de volume.

La *rate* est saine.

Constipation; les matières fécales sont de teinte argileuse.

L'*urine* est rouge foncé et ne renferme ni albumine ni sucre; matières colorantes de la bile, abondantes.

23 *mars.* — *Traitement.* — La malade prend 30 grammes d'huile de ricin.

24 *mars.* — Application d'un emplâtre belladoné sur la région hépatique. — Solution de Vichy. — Tisane de houblon.

25 *mars.* — Deux pilules écossaises.

26 *mars.* — L'appétit revient. Bain alcalin.

27 *mars.* — La malade, hier au soir, après son dîner, a eu une crise douloureuse d'une demi-heure de durée. — Pas de vomissements.

27 *mars.* — L'ictère est moins foncé.

28 *mars.* — Les matières fécales reprennent leur coloration normale.

L'ictère diminue, la douleur ne se reproduit plus.

Amélioration notable, le 30 mars.

La malade quitte l'hôpital le 2 avril. L'ictère a tout à fait disparu, et les douleurs ont complétement cessé.

Obs. LXV. — *Hépatite interstitielle chronique. — Traitement par les toniques et l'iodure de fer. — Amélioration. — Tableau des variations de l'urée rendue dans les 24 heures.*

Le nommé B... 45 ans, garçon de cuisine.

Entré le 18 janvier 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 26.

Renseignements. — Cet homme, âgé de 45 ans, est malade depuis 14 mois.

Auparavant, il dit s'être toujours bien porté; cependant il a eu une fièvre typhoïde vers l'âge de 19 ans.

Venu à Paris, où il faisait le métier de garçon de vais-

selle, il s'est beaucoup fatigué; il avoue avoir bu une grande quantité de vin et d'eau-de-vie.

Cependant il ne commença à se sentir malade qu'il y a 14 mois.

Sa maladie a débuté par une bronchite persistante, pour laquelle on lui appliqua plusieurs vésicatoires à la partie postérieure gauche du thorax. Cette bronchite ne l'a jamais absolument arrêté dans son travail, mais il se sentait néanmoins faiblir graduellement.

Au bout de sept mois, il dut se reposer environ un mois et demi. Puis il reprit son travail.

Et enfin, cette dernière fois, il ne travaille plus depuis environ un mois, et il se décide à entrer à l'hôpital.

Rien à noter du côté de ses parents.

Pas de syphilis. — Depuis environ trois mois, il vomit après ses repas; il rend de la pituite le matin; mais jamais les matières vomies n'ont contenu de sang.

Etat actuel. — A son entrée, on constate qu'il est pâle, anémié, amaigri, mais non décharné. Sa figure est celle d'un homme usé.

Depuis plusieurs jours, il a de la fièvre, surtout le soir, et, en le découvrant, on constate que la surface du corps, sur les cuisses et le tronc, est très-pâle.

Les jambes sont un peu œdématiées, et il dit les avoir vues enfler considérablement; mais il a des varices.

Le ventre est un peu tuméfié, ballonné; cet état existe depuis quelque temps. On ne trouve pas d'indices de l'existence de liquide dans la cavité péritonéale, par les procédés ordinaires. M. Vulpian met alors en usage un moyen qui lui a réussi souvent, lorsqu'il n'existe que de faibles quantités de liquide dans cette cavité. Après avoir constaté que la région ombilicale est tout à fait sonore, il met le malade à genoux sur son lit, puis le fait appuyer sur ses mains. Le corps devient ainsi horizontal, et la région

ombilicale se trouve être la partie déclive de l'abdomen. Dans cette posture, la percussion pratiquée de nouveau au niveau de la région ombilicale permet de constater chez ce malade une matité bien nette qui décèle la présence d'une légère quantité de liquide.

Les veines sous-cutanées abdominales sont un peu dilatées.

Le *foie*, augmenté de volume, est abaissé.

La percussion de cet organe détermine une vive douleur; elle montre que ce viscère déborde le rebord des fausses côtes de près de trois travers de doigt. A la palpation, on sent très-bien le bord antérieur du foie ; la surface perçue se termine par une ligne mince ; elle n'est pas bosselée. On détermine, en pratiquant la palpation, une sensation douloureuse assez vive. Pendant le repos, le malade éprouve également, dans la région hépatique, une sensation de pesanteur.

La *rate* est notablement augmentée de volume, et la percussion de la région splénique est douloureuse.

La percussion des *poumons* en avant donne une sonorité normale.

Un peu de submatité en arrière, à gauche et en bas.

Râles sibilants; rhoncus dans toute l'étendue des deux poumons, surtout en bas et à gauche, là où l'on a constaté de la submatité.

Le malade crache, mais ce sont des crachats blancs, non purulents, aérés; bronchite chronique.

Cœur un peu augmenté de volume transversalement; premier bruit à la pointe prolongé.

Les *artères radiales*, les *fémorales* sont athéromateuses.

Les *membres supérieurs* sont maigres; desquamation épidermique sur les mains.

Membres inférieurs. — On y trouve des varices qui, probablement, ont favorisé la production de l'œdème.

Pas de douleurs articulaires.

Système nerveux. — Le malade fournit bien les renseignements sur sa maladie; la mémoire est intacte.

Quelques tremblements quand on fait étendre les mains du malade. Il dort mal; il saute parfois dans son lit, pendant son sommeil, et se réveille en sursaut. Il a des rêves affreux, voit des rats, croit tomber dans un trou et être poursuivi.

Appétit léger; un peu de diarrhée.

Langue blanche, saburrale, sale.

Urines. — Normales.

Examen du sang : diminution du nombre des globules rouges. Augmentation légère du nombre des globules blancs.

Traitement. — Poudre d'ipécacuanha : 1 gr. 50 en 3 paquets. — Tisane de chiendent. — Bouillon et potage.

20 *janvier.* — L'appétit est un peu revenu; deux cuillerées de sirop d'iodure de fer; bromure de potassium : 4 grammes en deux doses, à prendre chacune immédiatement après un repas. — Une portion.

21. — Le malade a vomi le soir. — Constipation. — Lavements purgatifs.

22. — Vomissements quelques heures après le repas.

Rien de particulier dans ces vomissements.

On suspend le sirop d'iodure de fer et le bromure de potassium.

23. — Plus de vomissements.

24. — Le malade a toujours de l'embarras gastrique; il prend de nouveau de la poudre d'ipécacuanha.

26. — Amélioration sensible; on reprend l'usage du sirop d'iodure de fer et du bromure de potassium.

1er *février* 1877. — Une cuillerée de sirop d'iodure de fer additionné d'iodure de potassium, à la dose d'un gramme

par cuillerée de sirop. — 4 grammes de bromure de potassium.

16. — Diarrhée assez abondante et coliques vives par moments. On suspend le traitement suivi jusque-là.

Tisane de riz; cataplasmes laudanisés sur le ventre. Julep gommeux avec 30 grammes de sirop d'opium et 4 grammes de sous-nitrate de bismuth. Dix gouttes de laudanum dans un demi-verre d'eau sucrée.

18. — La diarrhée est arrêtée. Il n'y a plus de coliques.

1er *mars*. — Le malade est resté faible et s'est encore amaigri. On s'est contenté de lui donner quelques toniques. Il a été repris hier soir de diarrhée abondante avec coliques. On prescrit de nouveau le traitement ordonné quinze jours auparavant.

2. — Diarrhée abondante et coliques.

4. — Plus de diarrhée ni de nausées. Léger mouvement fébrile le soir. Faiblesse très-grande; il y a plus d'un mois que le malade mange très-peu. La face offre une teinte très-pâle, un peu terreuse. Lèvres très-peu colorées. On donne au malade des pilules composées : extrait mou de quinquina; fer réduit par l'hydrogène; poudre de rhubarbe; sirop de gentiane. — Tisane de centaurée.

5. — L'appétit est meilleur. — On continue le traitement tonique.

10. — L'état général est un peu amélioré.

15. — L'anémie diminue sensiblement; l'embarras gastrique a complétement disparu. L'appétit est assez vif. Le malade mange trois portions. — Le sommeil est encore mauvais. — On reprend le sirop d'iodure de fer ioduré à la dose d'une cuillerée par jour et le bromure de potassium à la dose de 4 grammes. — Ce changement de traitement est continué jusqu'à la fin du mois. Le malade part pour Vincennes, le 15 avril. L'état général est sensiblement amendé; mais l'état local est resté le même.

Hépatite interstitielle. — *Dosage de l'urée.*

DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.	DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS DE L'URÉE rendue en 24 heures.
Févr.		litres.	grammes.		4 portions.	litres.	grammes.
26	4 portions.	2,00	33,206	19	Id.	2,50	31,623
27	Id.	2, »	34,432	20	Id.	2,75	34,127
Mars							
1	Id.	2, »	31,256	22	Id.	2,50	32,125
6	Id.	2, »	31 256	28	Id.	jour 0,05 nuit 2, »	j. 10,248 n. 23,058 =33,306
7	Id.	3, »	39,060	29	Id.	jour 0,50 nuit 2,50	j. 11,529 n. 21,025 =32,654
9	Le malade est pris de gastralgie et ne mange plus.	2, »	23,436	31	Id.	jour 0,75 nuit 2, »	j. 15,372 n. 17,934 =33,306
10	1 portion.	3,25	21,165	Avril 2	Id.	jour 1, » nuit »,50	j. 23,058 n. 5,764 =28,822
11	Id.	3,25	25,431	3	Id.	jour 0,75 nuit 2,50	j. 15,372 n. 25,260 =40,092
12	4 portions.	2,66	18,258	5	Id.	jour 1, » nuit 2, »	j. 17,934 n. 28,182 =46,116
13	Id.	2, »	23,698	7	Id.	jour 0,50 nuit 1,50	j. 8,326 n. 21.136 =29,462
14	Id.	2,80	26,364				
15	Id.	2,25	29,295				

Observations faites à la température de 15°.

Obs. LXVI. — *Hépatite interstitielle chronique. — Alcoolisme. — Ictère prolongé. — Traitement par les toniques et l'iodure de fer. — Peu d'amélioration. — Tableau de l'urée des 24 heures.*

Le nommé Blanc, âgé de 30 ans, chaudronnier.

Entré le 14 avril 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 18.

Renseignements. — Le nommé Blanc, âgé de 30 ans, est chaudronnier; il habite Paris depuis 17 ans.

Il n'a jamais eu de maladies sérieuses dans son enfance.

A l'âge de 23 ans, il fut atteint d'une variole confluente dont il porte encore les nombreuses traces sur sa figure. — Dans la convalescence de cette variole, des abcès apparurent à la face antérieure du cou, abcès qui suppurèrent

longtemps et laissèrent à leur suite des cicatrices et des coutures étendues.

En 1873, il fut pris de fièvres paludéennes qui durèrent un an environ et pour lesquelles on lui donna du sulfate de quinine. — Il fut soigné dans le service de M. Sée à la Charité.

Faisant déjà un usage immodéré de vin et de bière, il but pendant la dernière guerre (il était dans l'armée de la Loire) une grande quantité d'eau-de-vie. Il en consommait à peu près un litre par jour.

Depuis cette époque, il continua à boire énormément.

Il a des pituites matinales; il dort mal la nuit.

Il nie tout antécédent syphilitique.

Rien à noter du côté de ses parents.

Depuis deux ans, il est atteint d'une laryngite chronique; sa voix est très-enrouée.

Il y a 6 mois environ, il s'aperçoit que son ventre augmente de volume, que toute sa surface cutanée prend une couleur jaune vert-pâle.

De plus il a des épistaxis très-fréquentes et abondantes.

L'appétit diminue de plus en plus, le malade s'affaiblit; il a de la céphalalgie.

Il entre à l'hôpital le 14 avril 1877.

Etat actuel. — C'est un homme amaigri, encore assez bien musclé, au teint un peu cachectique.

Toute la surface cutanée présente une couleur jaune-olive, claire. Les sclérotiques sont également jaunâtres.

Le visage est pointillé de cicatrices de petite vérole. — Larges cicatrices au cou, provenant d'anciens abcès survenus dans le cours de sa variole.

L'abdomen est volumineux, mais peu tendu, et la pression n'est douloureuse en aucun point de sa surface. D'ailleurs le malade ne ressent aucune douleur dans les

hypochondres. Les veines sous-cutanées abdominales sont normalement développées. Pas d'ascite.

Le *foie* est très-volumineux ; il déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes ; pas de bosselures appréciables à la palpation ; pas de douleur à la pression.

La *rate* est également très-volumineuse.

L'*auscultation* et la *percussion* ne montrent rien de particulier du côté des poumons.

Cœur. Rien de particulier. Les artères sont un peu athéromateuses. Pouls assez fort ; pas de fièvre ; température normale.

L'*appétit* est grandement diminué ; le malade est constipé d'habitude.

La *langue* est blanche, saburrale. Les matières seraient décolorées de temps à autre, au dire du malade.

L'*urine* ne contient ni albumine ni sucre.

L'acide azotique y démontre la présence d'une certaine quantité de pigment biliaire.

Le malade urine énormément, 4 à 5 litres en 24 h.

16 *avril. Traitement.* — On donne, huile de ricin : 30 gr. — Tisane de houblon. — Bouillons et potages.

17 *avril.* — L'état saburral est moins prononcé. — Potion gommeuse avec 30 grammes de sirop de morphine. — Tisane de valériane.

18 *avril.* — Le malade va mieux ; cependant il se plaint d'éprouver, de temps à autre, des douleurs dans l'hypochondre gauche. En outre de la potion, il prend du vin de quinquina.

19 *avril.* — La teinte jaune est moins prononcée. — Constipation. — Lavements purgatifs.

21 *avril.* — Le malade mange maintenant deux portions. — Sirop d'iodure de fer.

25 *avril.* — On continue le traitement.

28 *avril.* — Le mieux est sensible.

29 *avril.* — La polyurie, qui, pendant les premiers jours, avait diminué un peu, reprend de nouveau ; le malade urine 4 lit. 25. M. Vulpian fait suspendre tout traitement.

2 *mai.* — La polyurie continue; pas d'albumine dans les urines; on donne au malade 100 gr. de glycose. Douleurs dans la région hépatique.

4 *mai.* — Depuis qu'on lui donne de la *glycose*, il n'urine plus que 2 litres 1/2.

Douleurs assez violentes dans la région hépatique. On donne toujours de la glycose.

10 *mai.* — *Epistaxis abondante.*

Toujours pas de sucre dans l'urine, mais diminution de l'excrétion urinaire.

12 *mai.* — On suspend la glycose, et on reprend le traitement tonique : sirop d'iodure de fer; vin de quinquina.

15 *mai.* — Le malade est mieux ; la polyurie reparaît.

22 *mai.* — Départ pour Vincennes. — L'état du malade n'a pas changé, seulement la teinte ictérique de la peau est moins accusée. Les rêves de la nuit, les tremblements, les pituites du matin persistent. — L'état local du foie est toujours le même.

Alcoolisme (hypertrophie du foie). — *Dosage de l'urée.*

DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.	DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.
Avril		litres.	grammes.	Mai		litres.	grammes.
24	4 portions.	5, »	32,025	5	2 portions.	2,50	25,620
25	Id.	jour 1,50 nuit 3,50	32,025	6	4 portions.	4, »	46,116
26	Id.	jour 1, » nuit 2,50	23,698	7	Id.	4, »	40,992
27	Id.	jour 1,25 nuit 2,50	25,620	8	Id.	1,75	19,054
28	Id.	jour 1,25 nuit 3,25	25,656	9	Id.	1,75	19,054
29	4 portions.	jour 1, » nuit 3,25	25,620	11	Id.	2,50	22,419
30	Id.	jour 0,75 nuit 3, »	31,694	16	Id.	3, »	23,415

DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.	DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.
Mai		litres.	grammes.	Mai		litres.	grammes.
1	4 portions.	jour 0,75 nuit 3,25	25,620	17	2 portions.	2,25	17,303
2	Id.	jour 1, » nuit 2,50	28,832	18	Indisposé.	2,50	9,607
3	2 portions. Prend 100 gr de glycose, point de sucre dans l'urine.	jour nuit 4, »	35,868	19	2 portions.	3,50	17,934
4	2 portions.	jour nuit 3,50	35,862		Le malade part à Vincennes.		

Observations faites à la température de 15°.

Obs. LXVII. — *Alcoolisme chronique. Cirrhose hypertrophique. Mort dans le coma. — Autopsie. — Tableau de l'urée des 24 heures.*

Le nommé B... Claude, âgé de 57 ans, garçon de bureau. Entré le 1er mars 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 12.

Antécédents. — Fièvre paludéenne en 1848; elle aurait duré six mois.

Ce malade raconte que, depuis deux ans, il se livre volontairement à l'alcoolisme dans un but de suicide; il a eu de grands chagrins.

En même temps, il restreignit son alimentation, qui fut presque entièrement remplacée par les boissons spiritueuses.

Il dit que, depuis 17 mois, à la suite d'un nouveau chagrin, il a doublé la dose quotidienne d'alcool ingéré.

Il y a environ 2 mois, il ressentit des douleurs vives s'irradiant dans le thorax.

Au bout d'un mois, ses pieds commencèrent à enfler. Puis l'enflure envahit la jambe, la cuisse et occupa bientôt tout l'abdomen.

A la suite d'un traitement dont la base fut la digitale et

le régime lacté, cet œdème diminua beaucoup, mais sans jamais disparaître complétement.

Le malade put néanmoins reprendre ses occupations.

Il y a un mois, l'œdème a augmenté considérablement et, depuis trois semaines, est apparu un ictère assez prononcé.

Etat actuel. — Le malade, dont l'embonpoint est notable, est complétement jaune; l'ictère est très-prononcé et général. Les sclérotiques, les conjonctives sont jaunes, ainsi que la face inférieure de la langue. Les membres inférieurs sont le siége d'un œdème considérable.

Le ventre est distendu uniformément, et la percussion y dénote une matité complète dans les parties déclives. En faisant incliner le malade, successivement sur le côté gauche et sur le côté droit, on note que le liquide de l'abdomen est mobile, et qu'il se déplace avec la plus grande facilité; d'ailleurs sa proportion est peu considérable.

Le foie est augmenté de volume; l'on sent son bord antérieur dans la cavité abdominale à 4, 5 cent. du rebord des fausses côtes. La percussion est douloureuse; la palpation ne montre pas de bosselures évidentes sur toute la surface du foie que l'on peut explorer.

Le cœur présente un bruit de souffle prolongé au premier temps :

1° Ce souffle s'entend à la base jusque vers la carotide droite.

2° A la pointe, les battements sont réguliers. Les artères sont athéromateuses; pas de fièvre.

Les digestions se font bien : l'appétit est bon, cependant le malade vomit fréquemment, surtout le matin; les selles sont normales comme quantité, mais elles sont décolorées; pas de diarrhée, ni de constipation.

Le malade dit avoir considérablement maigri. Les doigts présentent le tremblement alcoolique. Les membres infé-

rieurs sont considérablement œdématiés; les cuisses, elles-mêmes, sont envahies par l'œdème.

Le sommeil est à peu près perdu; il est troublé par des rêves, des cauchemars.

L'œil droit, atteint de cataracte, est complétement aveugle.

L'œil gauche commence à être affecté à son tour de la même façon.

Le malade tousse depuis quelque temps ; mais l'auscultation ne révèle que quelques râles sibilants, disséminés dans la poitrine. — Épistaxis peu abondantes de temps à autre. L'examen des urines, qui sont rares, foncées en couleur, y dénote la présence du pigment biliaire, et d'une notable quantité d'albumine, indépendante de la résine biliaire.

2 *mars. Traitement.* — Lavement purgatif. Deux pilules de cynoglosse de 0,15 centigr., une le matin et une le soir. — Onctions, soir et matin, sur les régions abdominales supérieures avec la pommade suivante : Axonge, 30 grammes; extrait de belladone, 6 grammes; iodure de potassium, 4 grammes; 3 granules de dioscoride chaque jour. — Tisane de chiendent. — Bouillon.

3 *mars.* — A la place des pilules de cynoglosse, on donne trois gr. de chloral.

4 *mars.* — L'appétit est nul. Le malade divague pendant la nuit; quatre grammes de chloral.

5 *mars.*— Potion de Todd.— Chloral.— Un peu de diarrhée.

6 *mars.* — Épistaxis peu abondante. On continue le traitement.

12 *mars.* — Le malade est pris, dans la soirée, vers les 8 heures, d'une sorte d'attaque apoplectique; il n'a rien dit de toute la nuit.

13 *mars.* — Etat demi-comateux depuis la veille au soir. Le bruit du souffle cardiaque s'est exagéré.

Les membres sont flasques, en résolution, sans contractures, ni paralysies.

Cependant le malade répond encore aux questions et il peut porter ses deux mains à sa tête.

La sensibilité est intacte.

14 *mars*. — L'état comateux a augmenté; le malade essaye de répondre aux questions, mais n'y parvient pas.

Le bruit de souffle est encore accru, tant à la pointe qu'à la base du cœur.

Le malade ne fait aucun mouvement; on aperçoit seulement quelques contractions des muscles de la face. On note aussi une grande tendance de la tête à s'incliner à gauche. De ce côté, la face présente un œdème notable.

Il s'écoule du nez un liquide puriforme; les membres sont flasques, cependant ils retombent encore avec une certaine lenteur lorsqu'on les a élevés en l'air.

15 *mars*. — Le coma est complet; flaccidité absolue des membres; le souffle cardiaque est très-intense et s'entend très-loin de la base et de la pointe ; le pouls est fort.

16 *mars*. — Congestion et œdème considérable de toute la face, surtout à droite.

Mort le 16 mars à 5 heures du soir.

Autopsie. — *Poumon gauche*. — Traces d'emphysème à la base et au bord antérieur. Pas de noyaux d'apoplexie; pas de tubercules.

Poumon droit. — Congestion hypostatique notable de la partie postérieure du lobe inférieur; par la pression on extrait une grande quantité de sérosité sanguinolente. Pas de tubercules ; pas de noyaux d'apoplexie.

Emphysème très-marqué du sommet et du bord antérieur du lobe supérieur.

Cœur. — Pas de plaques de péricardite. La valvule mitrale présente un épaississement notable.

Un peu d'épaississement athéromateux des valvules aortiques, mais sans trace d'endocardite récente.

Aucune lésion des appareils valvulaires du cœur droit.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit est manifestement dilaté.

Le myocarde est mou, couleur feuille morte.

Crosse aortique. — Quelques plaques jaunes dans l'épaisseur de la tunique interne ; ce sont celles du premier degré de l'athérôme.

Cavité abdominale. Foie. — Très-augmenté de volume ; il présente à sa face supérieure des irrégularités ; bosselures très-nettes sur le lobe gauche et le bord antérieur.

La capsule est le siége d'une périhépatite sur toute la face supérieure du lobe gauche.

La face inférieure de l'organe présente aussi des bosselures mais moins prononcées.

En sectionnant le foie, le couteau crie comme en pénétrant dans un tissu fibreux; les surfaces de coupe présentent une coloration marbrée très-marquée.

C'est le 1er degré de la cirrhose.

Par places on voit de petites granulations jaunes entourées de lignes brunes (vaisseaux), et du tissu conjonctif très-abondant.

Pas de calcul dans la vésicule biliaire.

Liquide clair citrin, dans la cavité abdominale; deux litres environ.

Rate. — Énorme. Elle est grosse comme les deux poings; la surface externe est le siége d'une périsplénite très-évidente.

Rein gauche. — Volume normal; pas d'épaississement de la capsule. La coupe montre que son tissu a une teinte cyanique prononcée. Pas de dégénérescence graisseuse de l'épithélium ; la capsule s'enlève très-facilement.

Rein droit. — Même état.

Estomac. — Il est dilaté ; à l'ouverture on trouve, sur le cul-de-sac gauche, des ecchymoses nombreuses; épaississement très-marqué des tuniques.

Vessie. — Petite. Sur la muqueuse, trace de catarrhe chronique ; pas de calculs.

Cavité crânienne. — La face inférieure du cerveau ne présente rien à noter ; pas d'épaississement des méninges au niveau de la scissure de Sylvius.

Lobe gauche du cerveau. — Sur la face supérieure, les méninges, au niveau des circonvolutions frontales, marginales antérieures et postérieures, sont épaissies et le siége de petits dépôts purulents. Ces dépôts se trouvent sur la circonvolution frontale supérieure, près du bord interne du cerveau, à 2 centimètres en avant de la circonvolution marginale antérieure.

Les méninges ne sont pas très-adhérentes aux circonvolutions. Sur des coupes transversales, le tissu cérébral paraît sain ; seulement il est œdémateux.

Lobe droit. — Exactement au même point les méninges présentent les mêmes altérations ; ces plaques ne dépassent pas les dimensions d'une pièce de 50 c. Les méninges sont plus adhérentes qu'à gauche. Rien à la coupe.

Les autres parties de l'encéphale sont intactes.

Alcoolisme. — Ictère. — *Dosage de l'urée.*

MARS.	RÉGIME.	QUANTITÉ D'URINE par 24 heures.	POIDS DE L'URÉE rendue en 24 heures.
11	2 portions.	1lit 00	10gr 415
12	1 portion.	2, 00	15, 650

Observations faites à la température de 15°.

A partir du 13 mars, on a constaté un certain degré d'incontinence d'urine et les observations sur la proportion de l'urée des vingt-quatre heures sont devenues impossibles.

CHAPITRE VII

MALADIES DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE ET DES ANNEXES.

Les quelques observations de néphrites que j'ai pu suivre, cette année, dans le service de M. le professeur Vulpian, présentent un certain intérêt clinique, à divers points de vue.

L'observation LXVIII est un exemple de *néphrite parenchymateuse aiguë*, développée chez un syphilitique, arrivé à la troisième période de sa maladie spécifique. Ce malade était sous l'influence de cette affection depuis dix ans ; il avait eu un chancre infectant à l'âge de 16 ans. Très-mal soigné, il a été atteint successivement d'accidents secondaires, puis d'accidents tertiaires, ou plutôt d'accidents de transition de la seconde à la troisième période. (Syphilides cutanées ulcéreuses, tubercules cutanés.) Ces derniers accidents étaient en pleine évolution au moment de l'entrée du malade. Amaigri, fatigué par la syphilis, par les mauvaises conditions hygiéniques de toutes sortes, il exerçait un état qui l'exposait à des alternatives de grande chaleur et de refroidissement. Il était chauffeur de machines à vapeur. Une quinzaine de jours avant son entrée, il but, ayant chaud, une grande quantité d'eau froide. Aussitôt se manifestèrent les symptômes d'invasion d'une néphrite paren-

chymateuse aiguë, d'un vrai mal de Bright, avec urine sanguinolente.

Une particularité que l'on doit d'abord relever dans cette observation, c'est la rapidité avec laquelle se sont montrés les premiers signes d'urémie. La maladie durait à peine depuis quelques jours que déjà se produisaient des épistaxis, des hémoptysies, de la dyspnée, de la diarrhée continuelle, des vomissements incessants, de légers vertiges, des troubles de la vue.

Entré le 13 avril, ce malade succombait le 3 mai, après avoir offert tous les signes d'une urémie mixte : nerveuse, dyspnéique et gastro-intestinale. On voit donc, et c'est là un second point à signaler, que la marche de la maladie a été, dans ce cas, exceptionnellement rapide.

On doit noter encore que la température a suivi, à la fin, la courbe terminale indiquée par M. Bourneville comme caractéristique, d'après lui, des accidents urémiques. Il n'y a pas eu de convulsions dans le cas en question et nous n'avons pu, par conséquent, examiner l'influence de l'état convulsif sur cette courbe thermique. Les faits réunis par M. Bourneville démontrent, on le sait, que l'empoisonnement urémique enchaîne les effets thermogènes des spasmes épileptiformes, de telle sorte que dans l'urémie convulsive on observe le même abaissement de la température que dans les autres genres d'urémie. Il convient toutefois de n'accepter cette donnée que comme une indication générale, et il ne faudrait pas s'étonner si l'on trouvait une augmentation de température dans un cas d'urémie qui serait caractérisé par de violentes convulsions. M. Vulpian professe que, chez les urémiques, les convulsions épileptiformes produisent de la chaleur comme les convulsions épileptiques chez les malades atteints du mal sacré. Mais dans la plupart des cas d'urémie convulsive, les spasmes musculaires ne seraient point assez violents

ou assez persistants, pour triompher de l'influence réfrigérante de l'intoxication urémique.

Enfin, je ferai remarquer que les lésions trouvées à l'autopsie ont bien été celles de la néphrite parenchymateuse. On pouvait, pendant la vie, se demander si l'on ne trouverait pas d'anciennes lésions rénales jointes aux lésions récentes. Ce malade s'était trouvé, en effet, dans des conditions telles que ses reins auraient pu être atteints d'altération amyloïde. Il est vrai que sa syphilis n'était pas franchement entrée dans la troisième période. En réalité, on n'a constaté, à l'aide de la solution aqueuse d'iode iodurée, aucune trace de dégénérescence amyloïde. Toutes les lésions étaient récentes, et appartenaient à la première et surtout à la seconde période de l'affection.

A propos de l'examen microscopique des reins de ce malade, M. Vulpian nous faisait constater çà et là, sur les coupes durcies par l'acide picrique et colorées par le picro-carmin ammoniacal, un certain nombre de cellules embryonnaires, et il nous faisait voir que les noyaux du tissu interstitiel des reins avaient subi un certain degré de multiplication. Il n'y a rien de comparable évidemment à ce que l'on trouve dans les néphrites dites interstitielles ; mais il est bon de savoir que, dans la néphrite parenchymateuse, la gangue rénale n'échappe pas complétement à l'influence de l'irritation inflammatoire. Du reste, M. Vulpian a professé depuis longtemps, dans ses cours d'anatomie pathologique, qu'il en est ainsi dans toutes les inflammations parenchymateuses, dans la pneumonie franche, par exemple, que l'on peut jusqu'à un certain point rapprocher de la néphrite parenchymateuse. Toutefois dans les cas ordinaires de pneumonie lobaire, à cause de la durée moindre du processus phlegmasique, les modifications du tissu interstitiel sont moins prononcées que dans la néphrite dont il s'agit.

Il est facile de suivre, sur le tableau annexé à l'observation, la courbe de la quantité d'urée, rendue chaque jour; cette quantité était peu considérable, 17 grammes au plus en 24 heures; en outre, elle était soumise à des variations assez étendues, entre 6 et 17 gr. Dans les derniers jours de la vie, alors que le malade était sous l'influence de l'urémie, elle est descendue à 1 gramme, puis à 0, 50 centigrammes.

La quantité d'urée, contenue dans un litre de sang, a été également dosée; il y avait par litre, 0 gr. 35 centigrammes d'urée, chiffre qui n'est pas très-considérable, puisqu'on en trouve environ 0, 20 centig. à l'état normal. Les faits de ce genre peuvent servir d'appui à l'opinion des auteurs qui admettent que les accidents, dits d'urémie, n'ont pas pour cause principale l'accumulation de l'urée dans le sang. Ces accidents urémiques, si mobiles, si changeants dans leur expression clinique, ont, en effet, été très-diversement interprétés par les auteurs. Deux grandes théories, l'une anatomo-pathologique, l'autre clinique, ont servi tour à tour à expliquer les phénomènes variés de l'urémie. Ces deux théories sont certainement trop exclusives, car, ni les altérations anatomiques seules (lésions des tissus nerveux, musculaires, etc.) ; ni les altérations chimiques (présence dans le sang, ou de l'urée en excès, ou du carbonate d'ammoniaque, ou des matières extractives, ou de l'acide oxalique, ou de l'urochrome, etc.), ne peuvent faire comprendre, dans leur ensemble, les manifestations multiples de l'état dit urémique. Il faut faire appel aux deux théories à la fois. Aujourd'hui, il est bien démontré qu'il faut tenir grand compte, dans l'explication pathogénique, des troubles *nutritifs* dus aux altérations du sang. Il y a une action toxique exercée sur la plupart des éléments anatomiques, par le sang chargé des substances excrémentielles normales dont il ne peut plus se débar-

rasser. La nutrition intime de ces éléments est en souffrance presque dès le début par suite de cette action, et les produits anormaux, résultant de cette nutrition altérée, viennent ajouter à la viciation du sang. De là, une modification de plus en plus grande (soit affaiblissement, soit exagération, soit déviation) des actes physico-chimiques qui s'effectuent dans les éléments anatomiques; de là, des troubles progressifs de la calorification, de la respiration, de la digestion, de l'innervation, etc. Cette manière de voir a été exposée par M. Vulpian dans ses cours, et elle était déjà, du reste, généralement adoptée.

— L'observation LXIX est un exemple à peu près analogue au précédent, par ce fait que le malade, soumis à l'influence d'une affection consomptive de longue durée (phthisie pulmonaire chronique, maladie qui peut reproduire des altérations variées des reins : reins tuberculeux, caséeux, amyloïdes, etc.), a cependant été atteint de néphrite parenchymateuse aiguë, commune. Il s'agit, dans ce cas, d'un malade âgé de 23 ans, phthisique. Quand il est entré à l'hôpital, il toussait depuis deux ans. Ses poumons, complétement désorganisés par la phthisie, étaient creusés de vastes cavités. Ce malade, sous l'influence du froid, prend une néphrite parenchymateuse aiguë, qui évolue, comme évolue d'habitude cette affection.

Depuis déjà assez longtemps, on a étudié l'influence de la tuberculose pulmonaire sur la production des lésions rénales; de nombreux travaux ont été faits sur ce sujet. Ou bien, les reins sont envahis eux-mêmes par la tuberculose, et on y observe alors des lésions analogues à celles des poumons (tubercules miliaires; tubercules jaunes, tantôt disséminés, tantôt, comme M. Vulpian nous l'a montré, rapprochés en groupe offrant souvent la disposition conoïde et la situation des infarctus rénaux; néphrite caséeuse, présentant fréquemment aussi ces mêmes caractères; véri-

tables cavernes, etc.) ; ou bien les épithéliums rénaux subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, transformation graisseuse des reins ; ou encore, dans les tuberculoses de longue durée, on peut observer la dégénérescence amyloïde. Or, dans le cas particulier dont il s'agit, ce n'est à aucune de ces variétés de la néphrite que nous avons eu affaire. Chez le malade de l'observation LXIX, les reins n'avaient pas encore subi, sous aucune forme, l'influence de la tuberculose : la phthisie n'a joué ici, par rapport à la maladie de Bright, que le rôle de cause prédisposante, en affaiblissant profondément l'organisme, en diminuant ainsi sa résistance générale et celle des divers organes, des reins en particulier, à l'action d'une cause morbifique banale, le froid humide.

Le tableau annexé à l'observation donne la courbe de la quantité d'urée jour par jour. Comme dans le tableau précédent, on trouve des variations assez étendues. Ainsi un jour, 25 mai, sous l'influence de la diète lactée, durant déjà depuis quelque temps, le malade rendit 3 litres 25 d'urine, et 45 grammes d'urée ; le dernier jour de sa vie, il n'en rend que 3 grammes.

Le sang contenu dans les cavités du cœur, analysé après la mort, donnait un gramme d'urée par kilogramme.

Il est intéressant de rapprocher, sous ce rapport, cette observation LXIX de la précédente LXVIII. En effet, dans l'observation LXVIII, nous avons vu que des accidents d'urémie, des plus accentués, s'étaient produits, bien qu'on ne trouvât dans le sang du malade que 0 gr. 35 d'urée par litre : or, l'on n'a constaté aucun trouble urémique chez le malade de l'observation LXIX, et cependant son sang contenait la proportion d'un gramme d'urée par kilogramme, c'est-à-dire une quantité près de trois fois supérieure à la précédente. Il est vrai que les deux analyses ne sont pas tout à fait comparables. La première a été faite à

l'aide de sang tiré par des ventouses scarifiées ; la seconde, au moyen du sang recueilli dans le cœur après la mort.

— L'observation LXX est un exemple très-net de pyélo-néphrite. Tout l'intérêt de cette observation est dans les détails cliniques suivants : 1° la pyélo-néphrite était calculeuse ; 2° les premières attaques de coliques néphrétiques avaient eu lieu *26 ans* avant l'époque de l'entrée du malade dans notre service ; depuis lors il urinait du pus.

Je dois encore faire remarquer que ce malade, il y a deux ans, a été frappé d'hémiplégie ; il n'est pas absolument rare, dans le cours des affections rénales chroniques, d'observer l'hémorrhagie cérébrale.

Le malade était à l'hôpital depuis une quinzaine de jours, quand il a été pris de violents frissons, de fièvre très-vive, de sueurs abondantes : il se formait sans doute du pus dans de nouveaux points, probablement dans le tissu même des reins. On n'a pas pu suivre l'évolution de ces accidents, le malade étant retourné dans sa famille.

— L'observation LXXI est un cas de *néphrite interstitielle.*

On sait que cette variété de néphrite a été complétement séparée de la néphrite parenchymateuse chronique. Déjà Bright avait reconnu la nécessité de scinder en plusieurs espèces le groupe symptomatique qu'il avait établi. Plus tard, sous prétexte d'unité, on confondit tout. Il a fallu l'effort patient des observateurs modernes, et surtout les recherches précises des anatomo-pathologistes pour établir définitivement la vérité clinique que Bright avait entrevue. Aujourd'hui on connaît bien l'histoire symptomatique de la néphrite interstitielle : aussi, le diagnostic différentiel entre cette néphrite chronique et les autres espèces du même groupe est-il devenu possible.

L'observation LXXI est un exemple bien net de cette affection. Je ne relèverai que la particularité suivante : la

malade, chez laquelle, jour pour jour, on a calculé la quantité d'urée rendue, était parfois sous le coup d'accidents urémiques, ou plutôt l'urémie existait, pour ainsi dire, à l'état chronique.

Tantôt, en effet, la malade était atteinte de diarrhée profuse qui durait quelques jours; d'autres fois, elle avait des vomissements incessants, ou des maux de tête violents, des bourdonnements d'oreilles, des troubles névropathiques multiples; ou encore elle voyait trouble; des nuages passaient devant ses yeux; parfois elle avait des accès de dyspnée assez accusés.

Cette femme a fait plusieurs séjours de longue durée dans le service, et souvent elle a présenté les troubles dont je viens de parler, et dont on connaît la grave signification.

— L'observation LXXII est un exemple analogue au précédent; il est vrai que la malade qui en fait l'objet avait un léger degré d'insuffisance mitrale, mais la lésion était parfaitement compensée, et même l'a toujours été probablement, d'après les renseignements fournis, de sorte qu'il n'y a aucun rapport à établir entre la lésion rénale et l'affection cardiaque. Dans le cas dont il s'agit, ce n'était donc pas au rein cardiaque que l'on avait affaire.

— L'observation LXXII est intéressante à deux points de vue : au point de vue clinique et au point de vue thérapeutique.

Il y a déjà plus de vingt ans que M. le Dr Marrotte a attiré l'attention sur les métrorrhagies liées aux névralgies utérines. A cette époque, les notions sur le rôle de l'appareil vaso-moteur étaient encore bien peu répandues : aussi n'accorda-t-on pas, à la relation établie par mon savant maître, toute l'attention qu'elle méritait par sa réalité et par sa grande importance clinique. Plus tard, cette vue de M. Marrotte a été acceptée par tous les médecins et l'interprétation qu'il

en avait donnée, a été reconnue pour exacte. On peut voir, en lisant les leçons de M. le professeur Vulpian, sur l'appareil vaso-moteur, l'étendue que la question a prise depuis lors. Les travaux de M. Marrotte n'en sont pas moins au nombre de ceux qui ont ouvert la voie.

L'observation LXXIII est un exemple des plus probants de cette relation, car la malade avait des métrorrhagies extrêmement abondantes, et toujours ces métrorrhagies étaient sous la dépendance des névralgies utérines.

M. Marrotte a formulé les indications thérapeutiques à remplir. Si l'on veut arrêter la métrorrhagie, il faut chercher à guérir la névralgie, à faire disparaître l'élément douleur. L'association du sulfate de quinine et du sulfate d'atropine, dans ces cas, donne les meilleurs résultats. Chez notre malade, ce qui a le mieux réussi, ce sont les injections de chlorhydrate de morphine, contre l'élément principal de la névralgie, la douleur ; on a pu, sans inconvénient, porter la dose de morphine, administrée en injections sous-cutanées, à 8 et même à 10 centigrammes par jour. Au contraire, l'atropine, le bromure de potassium ont été donnés, mais sans résultat. M. Vulpian a aussi essayé le nitrate d'argent, en pilules d'un centigramme : on commença par deux pilules par jour, puis on alla progressivement jusqu'à quatre. Comme M. Vulpian l'a montré, dans certaines variétés de névralgies, ce moyen de traitement réussit bien ; mais, dans ce cas, il fut inefficace.

— Les suppurations du petit bassin, lorsqu'elles se sont fait jour dans l'intestin, en particulier dans le rectum, finissent quelquefois par guérir; chez la malade de l'observation LXXIV, il n'en a pas été ainsi : après des séries d'alternatives de mieux et de plus mal, elle a fini par succomber au progrès de la fièvre hectique, conséquence de la longue suppuration.

Un mois et demi environ avant la mort, il est survenu,

chez cette malade, une double phlegmatia alba dolens ; le caillot d'oblitération dont la présence a été constatée à l'autopsie, remontait jusque dans la veine cave inférieure.

La numération des globules du sang, faite d'après le procédé et à l'aide du compte-globules de M. Hayem, a donné les résultats suivants :

Globules rouges..................	1.381. 875
— blancs..................	25. 125

dont le rapport est 1/55, soit 1 globule blanc pour 55 rouges ; on voit, par ces chiffres, qu'il y avait une diminution notable et en masse, du nombre des globules rouges, et une augmentation relative du nombre des globules blancs.

Ce sont bien là les résultats indiqués par les auteurs dans ces cas de suppuration prolongée, quels que soient le siége et la cause de la suppuration.

OBSERVATIONS

Obs. LXVIII. — *Néphrite parenchymateuse aiguë chez un syphilitique. (Néphrite parenchymateuse commune.) — Urémie rapide et mixte (intestinale, dyspnéique, comateuse). — Autopsie. — Dosage de l'urée, dans l'urine et le sang.*

Le nommé G..., 26 ans chauffeur.

Entré le 13 avril 1877 salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 26.

Antécédents. — Cet homme, âgé de 26 ans, chauffeur de machine à vapeur, dit n'avoir jamais eu de maladies graves dans son enfance. Rien à noter du côté des parents.

A 16 ans, il contracta un chancre induré. Un médecin lui prescrivit un traitement mercuriel ; mais le malade ne

suivit pas avec persévérance ce traitement. Quelque temps après, il vit son corps, et particulièrement sa poitrine et son cou, se couvrir de taches rouges ; il eut des croûtes dans les cheveux, des maux de gorge. Sa bouche se remplit de plaques muqueuses très-douloureuses. En 1870 apparut successivement sur l'abdomen, les bras, les épaules, les jambes, etc., une éruption qui, au dire du malade, offrait une couleur saumon et consistait en boutons se recouvrant bientôt de croûtes brunâtres. Puis à la place de chaque bouton se montrait une ulcération taillée à pic lorsque la croûte était tombée. En un mot, le malade a été vraisemblablement atteint d'ecthyma syphilitique.

Cette éruption, au bout de deux mois environ, laissa à sa suite de nombreuses cicatrices dont il porte encore les traces. De plus, il ressentait de vives douleurs, dans la partie postérieure de la tête, surtout la nuit. Il ne semble pas qu'il ait, à cette époque, subi un traitement approprié.

Pendant son service militaire il a bu, dit-il, beaucoup d'eau-de-vie et de vin ; cependant il dort bien, n'a pas de rêves, pas de pituites le matin.

Il y a trois mois, une voiture lui passa sur le côté gauche du corps, en faisant à l'avant-bras gauche, et à la partie latérale gauche du thorax, des plaies qui ne tardèrent pas à prendre un aspect ulcéreux. Il cracha le sang plusieurs fois pendant son séjour au lit qui dura trois semaines. L'hémoptysie ne se reproduisit plus au bout de ce temps et il put reprendre son travail sans éprouver, dit-il, le moindre malaise. Il y a quinze jours, après avoir eu très-chaud en chauffant la machine à vapeur, il but une assez grande quantité d'eau froide ; il fut bientôt pris de malaise, de céphalalgie et de douleurs vives dans les reins, surtout à gauche. Il perdit complétement l'appétit ; il avait mal à la gorge, vomissait tout ce qu'il prenait, avait de la diarrhée, une dyspnée intense, une soif vive, voyait des mouches

noires, des éclairs; il était pris parfois de légers vertiges.

A cette époque il dit que son visage et ses sclérotiques présentèrent une teinte légèrement jaunâtre.

Depuis lors, il garde le lit complétement; le malaise général, les douleurs de reins surtout à gauche, allèrent en augmentant; il cracha de nouveau plusieurs fois le sang, et il était pris, à chaque instant, d'épistaxis abondantes, à tel point que son médecin lui avait défendu de se moucher. Il y a dix jours environ, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus soulever ses paupières, et en se regardant dans une glace, il vit qu'elles étaient fort gonflées. Bientôt l'œdème envahit tout le visage, puis l'abdomen, les jambes, les cuisses, le scrotum, les mains.

L'urine était peu abondante et très-foncée depuis quelques jours.

Depuis deux ou trois jours sa figure s'est dégonflée.

Le 13 avril 1877, il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — C'est un homme à aspect cachectique dont la peau offre partout une teinte jaunâtre, et dont la figure amaigrie contraste avec l'abdomen et les membres inférieurs, qui sont le siége d'un fort gonflement œdémateux.

On voit, en différents points du corps, sur les épaules, les membres supérieurs, la poitrine, etc., les cicatrices rondes pour la plupart, blanches, lisses, de son ancienne éruption syphilitique. Ces cicatrices soulevées, tendues par l'œdème, font saillie sur la peau.

Sur l'avant-bras gauche et la partie gauche du thorax et de l'abdomen, se trouvent des plaies ulcéreuses peu profondes, mais très-étendues, de formes irrégulièrement arrondies, à fond grisâtre et des ecchymoses violettes. Il attribue ces plaies et ces ecchymoses à l'accident qui lui est arrivé, il y a trois mois.

Les parois de l'abdomen sont énormément œdématiées;

on ne constate qu'une légère quantité de liquide dans le péritoine.

Les membres inférieurs, le scrotum, la verge, sont le siége d'un œdème considérable.

Les mains, les avant-bras sont légèrement œdématiés ; il en est de même des parois thoraciques.

Pas de traces d'œdème au cou et à la face.

L'*auscultation* et la *percussion des poumons* ne montrent rien de particulier, sauf quelques râles sous-crépitants aux bases, et en arrière.

Le *cœur* est sain ; il est difficile de reconnaître s'il est hypertrophié. Pas de bruits de souffle.

Le *foie*, très-volumineux, déborde les fausses côtes de plusieurs travers de doigt.

La *rate* paraît normale.

L'appétit est presque complétement aboli ; la soif est ardente.

Diarrhée abondante ; plus de dix garde-robes dans les heures, sans coliques bien caractérisées.

Céphalalgie ; insomnie, éclairs devant les yeux ; plus d'épistaxis ; les douleurs de reins ont diminué.

Le malade urine peu depuis quelques jours.

L'*urine* est *couleur bouillon foncé* et un peu trouble ; en y versant quelques gouttes d'acide azotique, on voit se précipiter un épais nuage d'albumine. Elle contient de nombreux globules rouges et des cylindres épithéliaux granulo-graisseux.

Traitement. — Huit ventouses scarifiées sur la région lombaire, quatre de chaque côté de la ligne médiane. — Julep avec tannin 1 gr.

15 *avril.* — Violente céphalalgie. De plus le malade se plaint de respirer difficilement. La vue est très-trouble. L'auscultation du cœur, des poumons, ne révèle rien d'anormal.

16 *avril.* — Sirop de Gibert. Fumigations aromatiques. Lait pour aliment.

La diarrhée persiste et a même augmenté. La veille et l'avant-veille, le malade est allé à la selle quinze fois par jour.

L'appétit est toujours à peu près nul.

Le malade rend 3/4 de litre d'urine par jour. L'urine est trouble, rosée, évidemment colorée par du sang.

18. — 5 garde-robes liquides depuis la veille. 1 litre d'urine.

20. — Le malade urine davantage; il a eu hier un vomissement bilieux; il se sent soulagé. Il ne prend toujours que des potages et du bouillon. La persistance de la diarrhée empêche de continuer l'administration du lait et du sirop de Gibert. Potion gommeuse avec 6 grammes de sous-nitrate de bismuth.

25. — 8 ventouses scarifiées dans la région lombaire, à droite et à gauche de la ligne médiane; vomissements bilieux; il urine 1 litre 1/2.

L'anasarque paraît augmenter encore si c'est possible; râles crépitants aux deux bases des poumons, en arrière, surtout à droite.

Le malade va à la selle toutes les heures (selles muqueuses, jaunâtres); vomissements glaireux et bilieux fréquents. On ne veut pas donner de morphine, soit par ingestion stomacale, soit par injection sous-cutanée, de peur de déterminer des accidents de morphinisme et d'augmenter, si l'on supprime brusquement la diarrhée, les autres troubles urémiques.

Dyspnée intense. — Depuis deux jours, le malade est dans un état de somnolence continuelle, dont on ne le tire qu'avec peine pour le faire manger.

29 et 30. — La dyspnée augmente; de même, la somnolence.

Diarrhée persistante. Il urine 2 litres 1/4. L'urine contient toujours une grande quantité d'albumine et sa coloration n'a pas cessé d'être un peu rougeâtre, comme de la lavure de chair. Les caractères microscopiques n'ont pas varié.

1er *mai.* — La dyspnée est excessive.

Le malade n'a rendu que 2 litres d'urine dans les 24 heures; la diarrhée diminue; somnolence continuelle.

Le cœur bat très-rapidement, d'une façon irrégulière; il y a comme une trémulation de cet organe.

Le soir, orthopnée ; la respiration est sifflante, saccadée, brusque; le malade a la face, les mains et les pieds cyanosés.

2 *mai.* — Température rectale : 37° 3.

— La dyspnée est excessive ; le malade râle ; respiration stertoreuse.

L'œdème des jambes a un peu diminué. Il y a eu des épistaxis peu abondantes pendant la nuit.

La somnolence augmente; vomissements ; subdélirium.

La diarrhée est moins abondante; le malade n'urine plus qu'un litre de liquide. L'urine, très-chargée d'albumine, est un peu plus claire.

3. — Température rectale, à 9 heures du matin : 36° 2.

La dyspnée augmente encore, e à 2 heures de l'après-midi le malade meurt, après avoir présenté quelques contractions des muscles du visage à droite, et un peu de contracture dans les muscles des membres supérieurs.

Température rectale le 2 mai, dans la soirée, à 5 heures : 36°.

Température rectale, le 3 mai, immédiatement après la mort : 35°.

Autopsie. — *Cavité crânienne :* cerveau pâle, anémié, un peu œdématié ; plancher du 4e ventricule, normal.

Cavité thoracique. — Liquide séreux en grande quantité

dans les plèvres; épanchement séreux peu abondant dans le péricarde.

Cœur sain. { Ventricule gauche hypertrophié. Valvules saines.

Poumon gauche. — Siége d'une congestion œdémateuse prononcée. Le tissu est très-mou, friable, il se déchire facilement; à la pression, on fait écouler un liquide séro-sanguinolent.

Poumon droit. — Même état congestif, mais seulement dans le lobe inférieur. Pas d'infarctus, ni de noyaux tuberculeux.

Cavité abdominale. — Grande quantité de liquide séreux dans la cavité péritonéale.

Intestin grêle. — Muqueuse saine.

Estomac. — Pas d'ulcérations. Aucune autre lésion.

Gros intestin. — Rien de particulier à noter.

Foie. — Volumineux; la coupe est un peu décolorée; tissu anémié, non friable.

Rate. — Plaques de persplénite; tissu mou, diffluent.

Reins. — Volumineux. La capsule d'enveloppe s'enlève facilement.

La surface externe de ces organes, après décortication, présente une teinte pâle; elle est parsemée de points rouges, nombreux surtout vers le bord convexe. Par places, il existe une coloration rouge, assez foncée, qui tranche sur le fond pâle du tissu.

Après avoir sectionné les reins du bord convexe vers le hile, on voit sur les surfaces de section, la substance corticale, blanche, graisseuse, dans presque toute son étendue, non-seulement à la patie périphérique, mais encore dans les colonnes de Bertin Pas de granulations brightiques. Sur des coupes des reins, durcies dans l'acide picrique, puis colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine, on voit que, dans la substance corti-

cale, l'épithélium du rein est presque partout en dégénérescence granuleuse ou granulo-graisseuse. Dans certaines régions, l'épithélium est gonflé; dans d'autres, il a disparu; les tubes n'en contiennent plus. D'ailleurs, on trouve çà et là un certain nombre de tubes sains. On voit dans quelques tubes, encore tapissés par leur épithélium, des coupes de cylindres hyalins.

Il y a, par places, dans les mailles du tissu conjonctif, des cellules embryonnaires. Parmi ces éléments, il en est qui ne sont probablement que des leucocytes sortis des vaisseaux; mais quelques-uns d'entre eux sont bien certainement des éléments de nouvelle formation, et il n'est pas douteux que, dans certains points, les cellules du tissu connectif ne se soient multipliées ou ne soient en voie de prolifération.

Dans quelques régions, les vaisseaux artériels et veineux sont gorgés de globules sanguins; leur tunique paraît intacte, et, si les noyaux sont multipliés, il est difficile de le reconnaître.

Mal de Bright (chez un syphilitique). — *Dosage de l'urée.*

DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.	DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.
Avril		litres.	grammes.	Avril		litres.	grammes.
23	2 portions.	1, »	8,967	29	portion.	1,75	13,450
24	Id.	0,75	6,725	30	Id.	2,25	17,293
				Mai			
25	Id. Le malade a une diarrhée intense Albumine en quantité.	1, »	10,248	1	Id.	2, »	15,372
26	2 portions.	1,50	13,450	2	Buillons.	1, »	6,412
27	Id.	1,50	13,450	3	Id.	0,50	5,764
28	1 portion.	1,75	15,986		Mort.		

Le sang de ce malade a été examiné au point de vue de la quantité d'urée qu'il contenait; le sang recueilli par suite de l'application de ventouses scarifiées, a donné :

Sang par litre : 0, gr. 35 centig. d'urée.

Observations faites à la température de 15° c.

Obs. LXIX. — *Néphrite parenchymateuse aiguë chez un tuberculeux. (Néphrite parenchymateuse commune.) — Mort par asphyxie due aux progrès de la tuberculose. — Dosage de l'urée, dans l'urine et dans le sang.*

Le nommé X..., garçon de magasin, âgé de 23 ans.

Entré le 18 mai, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 25; mort le 10 juin.

Ce malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents d'enfance. Il y a deux ans et demi qu'il tousse : il a été obligé, à cause de sa toux, d'interrompre son travail. Il y a trois semaines ou un mois environ, il s'est exposé au froid; sa toux est devenue plus fréquente et plus pénible. Puis il a perdu l'appétit; il s'est affaibli rapidement et s'est senti assez souffrant pour garder le lit. Bientôt il remarqua qu'il urinait très-peu dans les 24 heures; son urine avait une couleur très-foncée. En même temps il constata que ses membres et sa face offraient un gonflement notable. Jamais d'hémoptysie.

19 *mai. Etat actuel.* — Homme de taille moyenne; la figure est très-pâle et extrêmement bouffie, surtout au-dessous des paupières; anasarque généralisée, considérable; pas d'ascite.

L'examen de la poitrine montre, dans chaque poumon, surtout à gauche, l'exstence de vastes excavations; gargouillements; râles muqueux dans toute l'étendue de la poitrine.

Rien au cœur.

Appétit nul; vomissements fréquents; constipation.

Les urines sont très-rares, foncées en couleur; elles renferment une masseconsidérable d'albumine.

Rien à noter du côté du système nerveux.

Traitement. — Régime lacté. Granules d'acide arsénieux.

Le malade meurt par asphyxie, le 10 juin. L'asphyxie paraît due presque uniquement aux progrès de la tuberculisation pulmonaire. L'urine, examinée chaque jour, contenait constamment une grande quantité d'albumine.

Autopsie. — Les poumons sont, en grande partie, détruits par la tuberculose; vastes excavations tuberculeuses.

Les deux reins présentent les altérations de la troisième période du mal de Bright (néphrite parenchymateuse aiguë). (Observation résumée.)

Phymatose (3e degré) (albuminurie). — *Dosage de l'urée. (Urine.)*

DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.	DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.
Mai		litres.	grammes.	Mai		litres.	grammes.
18	1 portion.	1, »	10,248	28	1 port.-lait.	1, »	14,731
19	Id.	1, »	12,810	29	Id.	1, »	12,169
				Juin			
21	Id.	1, »	13,450	5	Id.	1, »	7,686
23	1 port.-lait.	0,75	9,126	6	Id.	1, »	7,686
24	Id.	1, »	12,810	7	Id.	1, »	7,686
25	Id.	3,25	45,795	8	Id.	1, »	8,967
26	Id.	1, »	15,372	9	Id.	1, »	10,248
				10	Id.	0,50	3,843

Le sang, recueilli dans le cœur après la mort, donnait 1 gramme d'urée par kilogramme.

Observations faites à la température de 15°.

Obs. LXX. — ***Pyélo-néphrite. — Coliques néphrétiques antérieures à l'âge de 26 ans. — Polyurie. — Urines purulentes. — Frissons violents. — Suppuration des reins.***

Le nommé K..., Ignace, 50 ans, tailleur.

Entré le 5 juillet 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 28.

Antécédents héréditaires. — Père, mort hydropique. Mère, morte de maladie lui ayant occasionné de fréquents accès de dyspnée.

Antécédents personnels. — Palpitations très-fréquentes.

Dès son enfance, ce malade éprouve, à l'urèthre, une sensation de brûlure, pendant la miction.

Vers l'âge de 26 ans, il vit, à la suite d'une violente attaque de coliques, apparaître, en urinant, des graviers de diverses grosseurs; l'un d'eux présentait, dit-il, le volume d'un haricot; il fut obligé de le faire circuler avec ses mains dans l'urèthre. Depuis cette époque, il n'a plus eu de nouvelles évacuations de calculs.

Mais, continuellement, il éprouve des douleurs plus ou moins vives au niveau des lombes et dans la région hypogastrique. La miction est longue et difficile. Le malade est obligé de se pencher en avant pour pouvoir uriner.

Il a depuis longtemps de la polyurie : 2 litres 1/2 environ. Son urine est blanchâtre comme de l'eau de chaux. Il dit que les premières gouttes sont toujours plus blanches que le reste. L'urine renferme une quantité considérable de pus.

Le 3 janvier, ce malade est tombé subitement avec perte de connaissance. — Le lendemain, en revenant à lui, il s'aperçut qu'il était paralysé du côté droit et que sa face était déviée à gauche. Depuis ce jour, il bégaye. Jamais il n'a eu de contracture.

Cette paralysie est alée peu à peu en diminuant, et aujourd'hui elle est peu prononcée.

Etat actuel. — Homme de stature moyenne, assez maigre. Sa figure est pâle, décharnée; il a l'aspect vieilli; la peau de la face est très-ridée.

Le malade se plaint d'éprouver une sorte d'affaiblissement général; déjà depuis assez longtemps, il se fatigue vite en marchant.

L'appétit est presque nul. Langue blanche, saburrale.

Les digestions sont pénibles; il souffre presque constamment au creux de l'estomac. Constipation opiniâtre.

La peau est sèche, squameuse. Léger état fébrile.

Insomnies fréquentes. Douleurs de reins qui s'accroissent quand le malade veut marcher, ou quand il tousse.

Le malade s'exprime avec lenteur; il est agité, inquiet.

La parole est assez difficile. Lorsqu'on fait tirer la langue, elle se dévie un peu à gauche.

Au dynamomètre, il n'y a presque pas de différence entre le bras droit et le bras gauche. Aucune diminution de la sensibilité.

L'œil droit paraît un peu affaibli.

Le malade entend mal de l'oreille droite.

Le cœur bat régulièrement; ses battements sont très-forts, à timbre métallique. Il y a un léger bruit de souffle à la pointe et au premier temps.

Les urines sont toujours très-abondantes; environ trois litres dans les 24 heures.

Le malade urine très-souvent, surtout la nuit.

Les urines sont troubles, blanchâtres; elles contiennent du pus en abondance.

Traitement. — On donne au malade : 15 grammes d'huile de ricin. Tilleul.

7 *juillet.* — La bouche est moins sèche, moins pâteuse. Teinture d'iode sur la région des reins. Vin de quinquina. 3 capsules de térébenthine. Une portion.

8 *juillet.* — Le malade se plaint de nausées; il est toujours constipé. Lavements purgatifs. Solution de Vichy. Vin de quinquina.

9 *juillet.* — La quantité d'urine rendue est toujours la même; l'urine renferme beaucoup de pus.

10 *juillet.* — Vin de quinquina. Sirop d'iodure de fer. Solution de Vichy. 3 capsules de térébenthine. Eau de goudron.

12 *juillet.* — Le malade a tous les soirs un léger mouvement fébrile. (Sulfate de quinine, 1 gr. en deux fois.)

14 *juillet.* — L'état dyspeptique est permanent. Frissons dans la soirée ; un peu de sueurs la nuit.

16 *juillet.* — Les douleurs des reins sont assez vives depuis quelques jours. Il existe toujours de la fièvre. Diarrhée ; 4 ou 5 selles liquides par jour.

18 *juillet.* — Vomissements alimentaires. Attaque de coliques assez vives ; diarrhée abondante. Fièvre intense.

19. — T.A. 39° 5. Frisson ayant duré une heure.

20. — Vomissements verts. Fièvre, T. 38°.

21. — Amélioration ; pas de vomissements ni de fièvre. Le malade veut absolument partir.

Obs. LXXI. — *Néphrite interstitielle. — Polyurie. — Urémie chronique permanente. — Diarrhée ; vomissements ; troubles de la vue ; bourdonnements d'oreille.*

La nommée B..., A., 42 ans, gantière.

Entrée le 22 février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 10 bis.

Renseignements. — Réglée à l'âge de 11 ans, elle l'a toujours très-bien été.

A 39 ans, ses règles cessèrent subitement à la suite d'une grande frayeur, et, depuis cette époque, elles ne reparurent que 2 fois.

Une première fois, elles durèrent près d'un mois, et la deuxième fois, il y a 5 mois, elle les eut pendant 17 jours. Depuis lors, elles ne sont plus revenues.

Dans son enfance, elle eut des maux d'yeux pendant plus d'un an ; l'œil du côté droit fut surtout atteint d'une blépharo-conjonctivite qui amena la chute des cils ; et aujourd'hui, on remarque que le bord libre des deux paupières est rouge, et qu'il existe une blépharite permanente.

A 13 ans, elle garda le lit pendant plus de 7 semaines, pour une pneumonie du côté gauche.

Pendant 2 ou 3 mois après cette maladie, elle a craché

du sang en très-grande abondance, et depuis ce moment elle tousse, mais très-peu.

Quatre ou cinq fois, elle a eu des douleurs rhumatismales assez violentes; chaque attaque a duré longtemps.

Il y a 3 ans, pendant qu'elle nourrissait son enfant, elle vit son lait disparaître subitement, à la suite d'une très-grande frayeur.

A la même époque, elle fut prise d'un érysipèle de la face; cet érysipèle la maintint au lit pendant plus de deux mois.

Depuis 1 an, la malade a beaucoup maigri. Elle sue souvent la nuit.

Elle tousse peu; la toux et les crachements de sang revenus il y a un an, ont cessé depuis 5 mois.

Constipation opiniâtre; la malade ne va à la selle que tous les 8 ou 10 jours. Elle a souvent des douleurs dans le ventre, douleurs généralement accompagnées de diarrhée.

L'appétit est presque nul depuis 2 ans; la malade accuse des vomissements fréquents.

Elle se plaint aussi de palpitations; elle ne peut faire un effort, une course un peu longue, sans être aussitôt essoufflée.

Depuis la même époque, elle a des douleurs vagues dans la tête; il lui semble qu'un cercle la lui serre.

De temps en temps, et plusieurs fois dans la même journée, *elle voit trouble*, *des nuages passent devant ses yeux.*

En outre, elle se plaint d'avoir toujours soif, d'*uriner beaucoup* et d'être forcée de se lever 3 et 4 fois, la nuit, pour uriner.

Ces envies fréquentes d'uriner datent aussi de deux ans.

Etat actuel. — C'est une femme grande, très-maigre.

La figure est pâle, ridée. Léger œdème des paupières. Aspect général cachectique.

Les membres supérieurs et les membres inférieurs sont

également très-amaigris; ces derniers, autour des malléoles, sont le siége d'un léger degré d'œdème.

La peau est sèche, un peu squameuse. Température normale.

La malade se plaint d'avoir un manque absolu d'appétit. La langue est blanche, saburrale, la bouche pâteuse.

Nausées, vomissements qui surviennent généralement une heure, deux heures après les repas. Quelquefois aqueux, le plus souvent alimentaires, ils sont rares le matin à jeun.

Les digestions sont pénibles, douloureuses. La malade éprouve parfois une douleur cuisante au creux épigastrique. Le ventre se ballonne après les repas; il reste ainsi tympanisé plusieurs heures. Constipation opiniâtre.

La malade a une douleur de tête presque continuelle, comme un bandeau qui lui enserre le front, au-dessus des sourcils. La céphalalgie est surtout violente le soir.

La vue est très-affaiblie; la malade, par instants, voit complétement trouble. Souvent elle a des mouches qui volent devant ses yeux. En outre, parfois, quand le mal de tête est très-fort, elle éprouve des sensations lumineuses. L'acuité visuelle est certainement diminuée. Bourdonnements d'oreille fréquents, et quelquefois très-pénibles.

La malade est dans un état névropathique presque constant; elle souffre, dit-elle, de partout, mais principalement dans le dos, dans les reins. — Les nuits sont généralement mauvaises; elle est réveillée par des cauchemars effrayants. Quelquefois ses jambes sautent dans son lit.

L'examen de la poitrine ne décèle rien d'anormal; la percussion des deux sommets est un peu douloureuse. Pas d'expectoration.

L'examen du cœur montre que cet organe est hypertrophié. La pointe bat au-dessous du mamelon dans le 6e espace intercostal. Pas de souffles cardiaques. On entend distinctement, par instants, à la pointe, un bruit de galop.

La malade urine beaucoup dans la journée; la nuit elle est souvent obligée de se lever; la quantité d'urine rendue est en moyenne de 3 à 4 litres. Cette urine est très-pâle, un peu louche; son aspect est blanchâtre; elle contient un peu d'albumine, mais pas de sucre. L'examen, au microscope, ne fait pas rencontrer de cylindres hyalins.

Traitement. — 23 *février*. Lavement simple. Bain alcalin. 1 gramme de pepsine en poudre. Tisane de chiendent.

24 *février*. — La malade a encore uriné beaucoup cette nuit. On ajoute 0,50 centigr. d'iodure de potassium à prendre immédiatement après le déjeuner.

25 *février*. — Diarrhée séreuse abondante. On continue le traitement. De plus, 2 pilules d'extrait thébaïque de cinq centigrammes.

26 *février*. — La diarrhée continue; la polyurie est moins considérable. Lavement laudanisé.

27 *février*. — La malade est encore allée cette nuit plusieurs fois à la selle. Elle se plaint de souffrir beaucoup de la tête; voit trouble; bourdonnements d'oreille incessants.

1er *mars*. — La malade a vomi plusieurs fois après son déjeuner. Vomissements alimentaires. On donne : solution de Vichy. Sirop d'iodure de fer. Vin de gentiane.

2 *mars*. — Dans la nuit, la malade a été prise d'une attaque de dyspnée. Ce matin, elle éprouve encore de la difficulté à respirer. Céphalalgie violente. Constipation.

3 *mars*. — Deux verres d'eau de Sedlitz.

4 *mars*. — La malade est allée abondamment à la garderobe; elle se sent mieux.

6 *mars*. — Bain alcalin ; on reprend l'iodure de potassium : 1 gramme.

8 *mars*. — Nouvelle attaque de dypsnée; bourdonnements d'oreille.

10 *mars*. — La malade a été prise de diarrhée profuse, diarrhée séreuse. Lavement laudanisé. Tilleul.

13 *mars.* — La polyurie est un peu diminuée; la diarrhée continue.

15 *mars.* — La diarrhée a cédé. Les digestions sont un peu moins douloureuses. — Sirop d'iodure de fer. Vin de quinquina.

16 *mars.* — La malade a eu hier son bandeau de fer (comme elle dit) sur le front. La polyurie est moindre.

Elle quitte le service, le 22 mars. L'état général est un peu amélioré; l'urine est cependant toujours rendue aussi abondamment; elle renferme autant d'albumine.

Cette malade est revenue nous voir plusieurs fois, dans le courant de l'année, à la consultation. Elle a pris pendant plusieurs mois de l'iodure de potassium. Les menaces d'urémie chronique apparaissent toujours de temps à autre; cependant la malade dit avoir plus de forces; elle est, en effet, moins pâle et peut-être moins maigre.

Polyurie (albuminurie). — *Dosage de l'urée.*

DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.	DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.
Mars		litres.	grammes.	Mars		litres.	grammes.
1	1 portion.	3,66	23,485	14	2 portions.	3,75	29,620
5	2 portions.	4, »	31,248	15	Id.	1,25	11,392
10	1 portion.	3,25	21,165	19	Id.	4,50	23,422
11	2 portions.	2,75	21,518	20	Id.	3,35	25,892
13	Id.	2,75	24,392	22	Id.	3,50	17,934

L'urine, chargée d'un peu d'albumine, a été préalablement chauffée et filtrée.

Observations faites à la température de 15°.

Obs. LXXII. — ***Néphrite interstitielle. — Polyurie. — Urémie chronique. — Traitement par l'iodure de potassium et les toniques.***

La nommée M..., 56 ans, ménagère.

Entrée le 16 février 1877, salle Ste-Madeleine, lit nº 1.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 56 ans, a été réglée à 18 ans; elle l'a toujours été assez irrégulièrement. Elle ne l'est plus depuis 5 ans.

Elle accuse, comme antécédents, des symptômes de scrofule très-nets, tels que gourmes, gonflement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires; maux d'yeux et d'oreilles. Elle a eu aussi des douleurs rhumatismales. — Pas d'antécédents syphilitiques. Du côté des parents on note aussi des rhumatismes. Elle a été assez souvent malade; elle a eu la rougeole, la variole et la fièvre typhoïde.

Depuis 6 mois environ, cette malade se plaint d'une faiblesse générale, qui a débuté lentement et a augmenté peu à peu tous les jours, au point que la marche est aujourd'hui très-difficile. La malade est très-vite fatiguée, quand elle reste quelque temps debout. Elle a également beaucoup maigri depuis cette époque; cet amaigrissement est excessivement prononcé, au point que cette femme paraît beaucoup plus âgée qu'elle ne l'est en réalité. Elle a très-souvent des troubles de la vue, surtout le matin; quand elle marche dans la rue, elle a des nuages qui lui passent devant les yeux et rendent sa marche hésitante. Enfin, elle s'aperçoit que chaque matin, depuis 3 mois, ses paupières sont gonflées; de plus, souvent les jambes sont un peu œdémateuses le soir, surtout quand elle a beaucoup marché.

Depuis 3 semaines seulement, elle a de la céphalalgie; cette douleur est limitée au front et autour des orbites; elle a souvent des vertiges et elle se plaint beaucoup de palpitations qui la gênent énormément, et qui lui donnent des accès d'oppression et de malaise très-considérables.

Etat actuel. — Femme extrêmement maigre, paraissant beaucoup plus vieille que son âge. Teint cachectique; le visage est un peu bouffi. La peau est jaunâtre, sèche. Température normale.

La malade se plaint d'étouffements, elle dit que la nuit, et quelquefois dans la journée, il lui semble qu'elle va étouffer. Palpitations violentes. Insomnie. Bourdonnements d'oreille.

Les troubles de la vue sont toujours aussi marqués qu'au début de la maladie. L'œdème des paupières et celui des jambes existent encore ; ce dernier tend à s'accuser davantage. Enfin, la malade déclare qu'elle urine plus souvent que d'habitude, et que le besoin d'uriner la force à se lever pendant la nuit.

L'appétit est peu marqué; les digestions sont mauvaises. Très-souvent elle a de la diarrhée, qui dure 8 à 10 jours sans rémission; elle n'est pas accompagnée de fortes coliques; après cette diarrhée, il survient de la constipation.

La malade tousse; cette toux est suivie d'une expectoration abondante, mais sans caractère important.

L'auscultation de la poitrine montre des râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des poumons.

Dans la région du cœur, on trouve un souffle à la pointe et au 1er temps; ce souffle se propage du côté de l'aisselle. Pas de bruit de galop. Il existe aussi un souffle anémique à la base de cet organe et dans les vaisseaux du cou. Le cœur est à peine hypertrophié.

Le foie et la rate sont sains.

L'urine, abondante, contient du mucus. Cette urine est pâle, blanchâtre. La malade en rend environ 3 à 4 litres par 24 heures. Elle renferme un nuage d'albumine.

Traitement. — Bain sulfureux; 1 gramme d'iodure de potassium. Tisane de houblon.

18 *février.* — Céphalalgie violente. La malade dit que sa vue est trouble. Polyurie.

20 *février.* — La malade a vomi ce matin, en se levant, des matières glaireuses. Diarrhée abondante. On donne : tilleul; 8 gouttes de laudanum.

22 *février.* — Vertiges fréquents. — Bourdonnements d'oreille. Insomnie. Quatre litres d'urine.

24 *février.* — L'appétit est meilleur; la digestion plus facile. Vin de gentiane; pilules composées (fer réduit; extrait mou de quinquina; poudre de rhubarbe).

26 *février.* — La polyurie est moindre.

1er *mars.* — Vomissements abondants après le déjeuner; vomissements alimentaires; de plus, plusieurs garde-robes liquides.

2 *mars.* — La diarrhée persiste; solution de Vichy; deux pilules d'opium de 0,05 centigr.

10 *mars.* — La malade est un peu mieux. On continue les pilules et on redonne 0,50 centigr. d'iodure de potassium.

La malade reste toujours dans le même état, à dater du 15 mars; elle quitte l'hôpital, sans être améliorée, le 28 mars.

Obs. LXXIII. — *Névralgies iléo-lombaires. — Métrorrhagies. — Injections de morphine; pilules de nitrate d'argent; sulfate de quinine, etc. — Guérison des douleurs par les injections de morphine. — Coïncidence entre la disparition des douleurs et la cessation des métrorrhagies.*

La nommée M..., Charlotte, 19 ans, domestique.

Entrée le 28 octobre 1876, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 17.

Antécédents. — Les parents vivent encore; la mère très-nerveuse. Délicate pendant son enfance, la malade était sujette aux maux de tête et d'estomac. Il y a quatre ans, elle aurait été six semaines au lit pour une fièvre cérébrale.

Réglée à 13 ans; depuis lors, elle a eu régulièrement, à peu près toutes les trois semaines, des règles abondantes, qui durent, chaque fois, au moins huit jours; elles s'ac-

compagnent de violentes coliques et d'un malaise général.

Elle souffrait fréquemment, pendant la période menstruelle, de maux de tête et d'estomac, et vomissait souvent. A la moindre émotion, les règles s'arrêtaient, pour reparaître le lendemain. Un peu de leucorrhée dans l'intervalle des époques.

Jamais d'enfants, ni de fausses couches. Depuis deux ou trois ans elle est devenue très-nerveuse, à la suite, dit-elle, de contrariétés. Elle éprouvait fréquemment la sensation de boule à l'épigastre et avait des envies de pleurer.

Jusqu'au mois de mars dernier, elle a été sujette à des crises d'étouffement ; il lui semblait que quelque chose la tenait au cou. Elle était obligée de s'asseoir et se débattait; mais elle n'est jamais tombée et n'a jamais perdu connaissance ; on lui a fait prendre pour cela des perles d'éther. Il y a un mois et demi la malade est venue à Paris et a servi dans une maison où elle avait beaucoup à faire ; elle a été obligée de passer plusieurs nuits debout.

Il y a huit jours, la malade commença à avoir ses règles plus abondantes qu'à l'ordinaire ; elles s'accompagnèrent de coliques très-vives, de malaise général. Douleurs de tête; vomissements abondants.

Au bout de huit jours, la malade, se sentant très-faible, se décide à entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — La malade est grande et paraît vigoureuse; teint coloré. Aucune trace de manifestations scrofuleuses.

Elle se plaint de douleurs très-vives, et surtout de souffrir continuellement des deux côtés du ventre. Cette douleur présente, de temps en temps, des exacerbations ; en outre elle éprouve de violentes tranchées utérines.

Écoulement sanguin abondant; pas de caillots. Céphalalgie générale intense, constrictive.

La malade a vomi hier ; inappétence presque absolue.

Langue un peu blanche, sur les bords; constipation opiniâtre.

Depuis huit jours, la malade ne va à la selle qu'avec des lavements.

Elle dit avoir, le soir, des alternatives de froid et de sueur.

La sensibilité cutanée est conservée partout.

Un peu d'insensibilité de la conjonctive.

La pression sur l'abdomen est douloureuse dans toutes les régions, mais il existe un point de sensibilité beaucoup plus vif au-dessous de la dernière côte droite. La pression, en ce point, développe une douleur intense qui descend en bas et en dedans vers la partie supérieure de la cuisse.

Pas de points douloureux le long des apophyses épineuses; mais, il y a sur le bord vertébral de l'omoplate gauche un point très-sensible à la pression; il est aussi le siége de douleurs spontanées.

Examen des organes. Cavité thoracique. — Rien dans les poumons. Souffle doux au premier temps, à la base du cœur; souffle intermittent dans les vaisseaux du cou.

Toucher. — Col normal, un peu entr'ouvert; le toucher est assez douloureux; le corps de l'utérus paraît être en rétroflexion légère. Les culs-de-sac sont lisses; l'utérus est mobile, mais les mouvements qui lui sont communiqués sont très-douloureux.

Traitement. — Lavements laudanisés. Badigeonnages laudanisés sur le ventre.

30 *octobre.* — Même état; la malade perd du sang en abondance; douleur toujours très-vive. Douleur abdominale partant des flancs et descendant vers l'aîne, des deux côtés.

La pression est aujourd'hui presque aussi douloureuse qu'au début.

2 *novembre.* — La malade se plaint d'avoir eu hier, dans la journée, un frisson suivi de sueur.

3. — Même état. M. Vulpian prescrit une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine dans la région du flanc droit.

4. — Douleurs encore très-vives. L'hémorrhagie continue; injection d'un centigramme, matin et soir; l'une à droite, l'autre à gauche.

10. — La malade supporte très-bien la morphine. On a, peu à peu, porté l'injection à deux centigrammes le matin, et autant le soir; elle n'éprouve même pas d'étourdissements.

Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

Les douleurs sont encore très-vives; la perte, un peu moins abondante. Céphalalgie assez vive; plus de vomissement.

15. — La douleur existe encore très-vive, mais son caractère névralgique est moins accentué. Pertes beaucoup moins abondantes. M. Vulpian fait supprimer la morphine et injecter sous la peau un milligramme de sulfate d'atropine. (Solution au 250e.)

Le soir, la malade se plaint de mal de tête et de la gorge. L'injection n'a nullement soulagé la malade, pas même momentanément.

16. — Injection de 7 à 8 dixièmes de milligramme de sulfate d'atropine; le soir, encore de la sécheresse de la gorge; malaise considérable; agitation, chaleur de la face; pas de dilatation pupillaire.

Pas le moindre soulagement de la douleur.

17. — On cesse les injections de sulfate d'atropine et l'on reprend celles de chlorhydrate de morphine en les portant à près de 2 centigrammes et demi, matin et soir.

On continue le sulfate de quinine. Jamais la malade n'a éprouvé de bourdonnements d'oreille; cette fois-ci, bourdonnements et nausées, après l'injection.

18. — La malade a été soulagée beaucoup; douleurs moins vives; la perte est moins abondante.

19. — On continue la morphine, à la même dose.

22. — Pertes plus abondantes; un peu plus de douleur, la malade se trouve à son époque menstruelle.

24. — Pertes assez abondantes; presque pas de douleurs.

27. — La perte s'arrête pour la première fois depuis l'entrée de la malade; les douleurs ont presque disparu (continuation de la morphine à la même dose).

29. — La malade, qui n'a eu aujourd'hui qu'une injection, se sent un peu de douleurs.

30. — Constipation opiniâtre depuis quelques jours; la malade prend trois lavements sans les rendre.

1er *décembre*. — La malade a rendu ses lavements ce matin. Douleur presque nulle.

La perte n'a pas reparu depuis cinq jours.

2. — On continue les injections de morphine, 3 centigrammes, matin et soir; la malade se plaint, le soir, de deux points douloureux symétriques, un peu au-dessous et en dedans de l'épine iliaque supérieure.

La douleur à la pression est très-vive en ces deux points, surtout à gauche; la peau elle-même paraît douloureuse.

Les injections sont faites des deux côtés sur le point douloureux.

3. — Douleurs encore très-vives aux mêmes points qu'hier; toujours pas de perte de sang; leucorrhée assez abondante.

4. — La douleur est beaucoup moins forte dans les mêmes points.

Le soir, la malade se plaint d'envie de vomir et de mal de tête; on ne fait pas d'injection.

5. — Nuit assez bonne; on ne fait pas d'injection le matin; dans la journée, douleur très-vive à la partie externe de la cuisse droite. Le soir, injection de 3 centigrammes au lieu douloureux; la douleur disparaît après l'injection, mais très-lentement.

6. — La douleur de la cuisse a reparu une heure après l'injection; injection de 3 centigrammes le matin.

11. — Douleur de la cuisse presque disparue.

De nouveau, vives douleurs dans le bas-ventre; 2 pilules de nitrate d'argent contenant chacune un centigramme de ce sel.

12. — Douleurs assez vives dans la mâchoire et le côté gauche de la face. L'hémorrhagie utérine reparaît, mais peu abondante.

13. — Douleurs assez vives dans les deux flancs.

On injecte, depuis 2 jours, 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine le matin, et autant le soir; 3 pilules, nitrate d'argent.

15. — La perte, qui a été très-peu abondante, a cessé depuis hier; on continue le traitement.

16. — La malade a recommencé à perdre assez abondamment; douleurs plus fortes dans le ventre. Douleurs vives avec hypéresthésie cutanée au milieu de la face externe de la cuisse gauche. Injection de deux centigrammes de chlorhydrate de morphine sous la peau de l'abdomen, le soir et le matin. On injecte en outre un centigramme du même sel sous la peau de la cuisse, le matin.

20. — Toujours des douleurs vives dans les deux côtés du ventre et de la cuisse; la perte est toujours assez abondante. Injection de 5 centigrammes. La malade prend 1 gramme 50 centigrammes de sulfate de quinine et trois pilules de nitrate d'argent.

21. — Le matin, la perte est presque arrêtée; douleurs assez vives; la malade se plaint d'un nouveau point névralgique dans les deux derniers espaces intercostaux gauches. Injection hypodermique de 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine, 2 le matin et 2 le soir, au niveau de ce point douloureux. Le soir, la perte a recommencé à être un peu plus abondante.

22. — Perte beaucoup moins forte; suppression du sulfate de quinine. Douleurs assez vives; un point, au-dessous du sein gauche; un point, à la région hypogastrique.

23. — La malade ne perd plus; douleurs moins vives.

27. — On n'injecte aujourd'hui que trois centigrammes; toujours pas de douleurs; la perte n'a pas reparu depuis quatre jours.

28. — Injection d'un centigramme le matin, et un le soir; pas de douleur; la malade se trouve mieux.

29. — Ce matin la malade se trouve bien : on ne fait pas d'injection.

Dans la journée la malade éprouve, de nouveau, des douleurs des deux côtés du ventre à la suite d'une contrariété. Tympanisme, palpitation, sueur assez abondante, céphalalgie, inappétence; la malade perd, à ce qu'elle dit, passablement de sang en allant à la selle. Constipation opiniâtre.

Le soir, injection de trois centigrammes de chlorhydrate de morphine.

1er *janvier*. — Injection de sept centigrammes dans la journée, à la suite de douleurs plus violentes qu'à l'ordinaire.

6. — On est redescendu à 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine; ces jours derniers, la malade se trouvant mieux, est partie.

8. — La malade est rentrée parce qu'elle ressentait des douleurs avec autant de violence, dit-elle, qu'aux premiers jours. (Céphalalgie intense.)

Cette recrudescence coïncide avec un retour prématuré des règles.

Injection sous-cutanée de 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine au niveau des points douloureux des parois abdominales.

La malade raconte que le jour de son départ on lui avait injecté 2 centigrammes de sel de morphine le matin. Vers

les trois heures de l'après-midi, elle ressentit le commencement de son malaise; des douleurs se manifestèrent dans tous les membres, dans les lombes et devinrent de plus en plus violentes; des sueurs froides l'inondèrent, et elle passa dans cet état deux jours, à la suite desquels elle revint demander son lit à l'hôpital.

9. — Il y a déjà du mieux, grâce aux injections de morphine ; on essaie de supprimer les injections en administrant du bromure de potassium:

11 janv.	Bromure de potassium	2 gr.
12-13 —	—	4 gr.
14 —	—	4 gr.
15 —	—	6 gr.

Réapparition des règles. Les douleurs persistent. Le bromure paraît n'avoir exercé aucune influence sur l'état de la malade. On le supprime et l'on recommence les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

17. — Métrorrhagie abondante. Potion avec ergotine, 4 grammes.

21. — L'hémorrhagie cesse, mais les douleurs persistent.

25. — Départ de la malade pour son pays.

Obs. LXXIV. — *Pelvi-péritonite chronique suppurée. Abcès du ligament large droit ouvert dans l'intestin et le péritoine. — Péritonite généralisée purulente consécutive. — Double phlegmatia alba dolens des membres inférieurs. — Coma. — Mort. — Autopsie.*

La nommée H..., Octavie, 30 ans, chapelière.

Entrée le 28 décembre 1876, salle Sainte-Madeleine, lit n° 16.

Antécédents. — Le père et les collatéraux sont d'une bonne santé.

La mère est morte d'une affection abdominale aiguë, affection sur la nature de laquelle la malade ne donne pas de renseignements.

La malade dit avoir été toujours chétive.

Elle a été atteinte, dans son enfance, de la fièvre scarlatine. Bronchite, il y a 4 ans, qui dura jusqu'au commencement de cette année; elle n'a jamais présenté d'ailleurs, du côté des poumons, d'autres symptômes qu'un peu de toux.

Elle a été réglée à 13 ans ; règles peu abondantes, mais régulières.

Elle n'a pas eu de grossesse.

Accuse des privations de nourriture.

A toujours eu les digestions difficiles; état de somnolence après les repas.

5 à 6 mois avant le début de l'affection, pertes sanguines journalières, mais peu abondantes ; ces pertes ont duré jusqu'au commencement de l'affection actuelle, qui a débuté dans le mois d'octobre 1875.

Violentes douleurs dans le bas-ventre. Crampes d'estomac.

Vomissements des aliments peu après le repas. Quelques filets de sang lors des grands efforts de vomissement.

Diarrhée presque continuelle depuis cette époque; de temps à autre une journée de rémission; les selles sont moins nombreuses, mais elle va toujours en diarrhée.

Non-seulement les pertes ont cessé, mais la menstruation ne s'est pas faite depuis.

Il y a 5 mois environ, la malade rendit par l'anus une grande quantité de pus. Depuis lors, elle en rend toujours, mais très-peu à la fois.

Quelques jours après le début de ces selles purulentes, la malade entre à l'Hôtel-Dieu, chez M. Hérard, et y reste 3 mois.

Elle fut traitée par les lavements et les cataplasmes laudanisés.

A dater de cette époque, elle maigrit et perdit progressivement de ses forces. Cependant il semble qu'il y a eu un temps d'arrêt relatif dans la marche de l'affection, car la malade prétend avoir été encore plus affaiblie qu'aujourd'hui.

État actuel. 3 janvier 1877. — La malade paraît fort débilitée par la suppuration ; son teint est blême ; sa peau terne. Elle a un mouvement fébrile, assez marqué, tous les soirs. Amaigrissement très-prononcé. Les bras, les jambes, le tronc sont absolument décharnés. La peau est sèche, rugueuse. A la palpation, sensation de chaleur sèche. T. A. 38° 7.

La malade ne peut se remuer dans son lit; elle parle avec peine. Le pouls, petit, est difficile à percevoir. Bruit musical dans les vaisseaux du cou.

Souffle doux à la base du cœur. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne révèlent rien d'anormal.

La malade urine peu. Les urines sont rougeâtres et très-troubles. Langue blanchâtre et un peu sèche. Digestions pénibles. Pesanteur et sommeil après les repas.

Dans la journée, vomissements fréquents. La malade les évite, dans quelques cas, en ne prenant que de petites quantités de nourriture à la fois.

Selles diarrhéiques et diarrhée continuelle (5 à 6 fois par jour). Les selles contiennent toujours du pus en abondance.

Ventre un peu ballonné, cependant souple à sa partie supérieure et du côté gauche.

La région ilio-pubienne droite présente une tuméfaction qu'on ne peut limiter à cause de la douleur que provoque la palpation; cette tuméfaction occupe manifestement la région du ligament large de ce côté. On croit y percevoir une fluctuation vague.

Matité à la percussion dans une étendue de 6 à 8 centimètres au-dessus de l'arcade crurale droite et en dedans de l'épine iliaque antérieure.

Par le toucher vaginal, on détermine de la douleur vive dans le cul-de-sac postérieur droit et vers la partie latérale correspondante; la douleur est moins forte, à la partie antérieure, et presque nulle du côté gauche.

Traitement. — Cataplasmes laudanisés sur le ventre. Lavements laudanisés. Julep diacode. Viande crue.

5 *janvier.* — La malade rend toujours du pus dans les selles. Tous les soirs, elle a successivement des frissons et de la chaleur brûlante.

6 *janvier.* — La diarrhée continue; les selles présentent les mêmes caractères.

7 *janvier.* — La malade a vomi plusieurs fois. Elle a sué abondamment dans la nuit.

8 *janvier.* — On donne une potion gommeuse avec 30 gr. de sirop d'opium et 4 gr. de sous-nitrate de bismuth. Viande crue.

9 *janvier.* — Douleurs articulaires dans les masses musculaires de l'avant-bras et de la jambe. Les douleurs ont lieu le soir, et sont à peu près passées le matin.

Ces douleurs, que la malade n'avait pas indiquées tout d'abord, datent de 4 à 5 mois, mais ne se montrent qu'à de rares intervalles; ces douleurs alternent avec les douleurs du ventre.

10 *janvier.* — Il y a un mieux sensible; les douleurs signalées hier ont même disparu.

10 au 15 *janvier.* — Même état. La diarrhée est à peu près arrêtée.

16 *janvier.* — Hier au soir, la malade a été prise de fièvre, de vomissements à la suite de son dîner. Diarrhée.

25 *janvier.* — Alternatives de mieux et de rechute, chaque fois que la diarrhée et que les vomissements viennent

ou disparaissent. La malade perd de plus en plus ses forces, déjà bien tombées.

20 *février.* — La diarrhée et la suppuration déterminent une faiblesse extrême. Tendance à la syncope quand la malade se lève.

22 *février.* — Les garde-robes sont toujours de temps en temps purulentes, et la diarrhée revient presque constamment, tous les 3 ou 4 jours, avec les vomissements.

En outre, aujourd'hui, on a observé du muguet sur la langue. La jambe gauche est le siége d'un gonflement douloureux assez notable ; la peau est blanche. On détermine difficilement un godet par la pression. On sent très-bien un cordon dur, roulant, douloureux, occupant le trajet de la veine saphène ; on produit également de la douleur par le ballottement du mollet ; l'œdème remonte à une dizaine de centimètres au-dessus des malléoles. Les veines superficielles sont très-apparentes. Collutoire boraté.

23 *février.* — La phlegmatia a envahi toute la jambe gauche, et la droite commence à être douloureuse.

25 *février.* — Le muguet est à peu près disparu.

Le membre inférieur gauche est douloureux jusqu'au bassin, et la jambe droite est envahie tout entière. La vulve est elle-même fortement œdématiée et douloureuse.

28 *février.* — La phlegmatia alba dolens est à son maximum ; les jambes et le bassin sont très-douloureux. Cataplasmes arrosés de laudanum.

3 *mars.* — Amélioration. La douleur est moindre et l'œdème commence à décroître.

6 *mars.* — L'amélioration continue, cependant la malade a été reprise, cette nuit, de diarrhée et de vomissements qui ne s'étaient pas produits depuis le début de la phlegmasie des jambes.

10 *mars.* — La phlegmasie reprend l'intensité qu'elle avait perdue et les membres sont très-enflés.

La peau des pieds, à la région dorsale, se trouve éraillée profondément et laisse échapper un liquide séreux, un peu louche.

Au sacrum, il se forme depuis longtemps des eschares.

16 *mars.* — Les globules sanguins comptés, d'après le procédé Hayem, donnent :

Globules rouges, 1,381,875 dont le rapport est $\frac{1}{55}$.
Globules blancs, 25,125

C'est-à-dire un globule blanc pour 55 rouges.

17 *mars.* — La malade s'affaiblit de plus en plus. Il existe au sacrum de vastes eschares.

18 *mars.* — Elle ne prend aucune nourriture.

19 *mars.* — Tendance au coma.

20 *mars.* — La malade peut à peine parler. Les jambes, très-enflées, laissent toujours écouler de la sérosité.

21 *mars.* — Le coma est plus prononcé. Diarrhée abondante.

La malade meurt le 23 mars vers 8 heures du soir.

Autopsie faite le 25 *mars.* — A l'ouverture du tronc, on trouve du liquide séreux dans le péricarde. Dans la plèvre, le liquide est franchement purulent, mais en petite quantité. Le péritoine renferme, en abondance, du pus presque pur.

Poumons. — Adhérences généralisées de la plèvre viscérale avec la plèvre pariétale; pas de tubercules. Les poumons sont congestionnés, surtout en arrière; ils sont emphysémateux en avant.

Cœur. — Mou, flasque, se déchirant avec une grande facilité. Pas de lésions valvulaires.

Foie. — Congestionné ; il n'existe pas de petits abcès miliaires; le tissu est mou.

Reins. — Congestionnés. Pas de lésions appréciables.

Cavité abdominale. — La masse des intestins qui plonge dans le petit bassin, est revêtue de dépôts pseudo-mem-

braneux assez minces, papillaires ou même villeux, à leur surface libre et infiltrés de pus. L'épiploon très-épaissi, très-vasculaire, offre aussi, à sa surface, une série nombreuse de houppes villeuses, de production récente. Comme il a été dit, le péritoine renferme du pus, en grande quantité.

Intumescence et congestion des ganglions mésentériques; ils se déchirent avec facilité.

L'S iliaque, la vessie, l'utérus et le rectum, adhérents entre eux, forment, dans le petit bassin, une seule masse; ils ne peuvent être séparés les uns des autres, ni des parois du bassin. Le tissu qui les réunit, est lardacé, grisâtre. Il existe du pus dans la vessie, dans l'utérus, dans l'épaisseur du ligament large droit, dans le rectum et dans l'S iliaque.

La muqueuse des autres points de l'intestin est normale.

Sur la face externe de l'S iliaque, existe une ouverture de la grandeur d'une petite lentille; elle est entourée de tissu fibreux, sur une étendue ayant la largeur d'une pièce de 50 centimes. Cette ouverture met en communication l'intestin et la cavité péritonéale.

Les veines saphènes sont dures et on trouve, dans leur intérieur, des caillots adhérents qui remontent dans la veine fémorale. Ces veines ont le volume du petit doigt, aussi bien la gauche que la droite. Sur la coupe, on voit que le caillot est dur; il semble faire un même tout avec la paroi de la veine; sa coloration est jaunâtre.

En poursuivant l'examen des veines fémorales de bas en haut jusque dans l'abdomen, on note que ce caillot remonte dans les veines iliaques externes; il y a également un caillot fibrineux dans la veine cave inférieure, jusqu'au niveau des veines rénales. Ce caillot paraît plus récent.

Cavité crânienne. — Rien de particulier à noter.

CHAPITRE VIII

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

Ce chapitre contient vingt-quatre observations, concernant diverses affections des voies respiratoires.

Les immortels travaux de Laennec ont établi sur des bases solides, et la symptomatologie et l'anatomie pathologique de presque toutes les maladies du poumon. Nous assistons, actuellement, à un retour bien curieux, bien intéressant vers les idées de ce grand maître sur la tuberculose ; on peut le dire, il a créé d'emblée, et la clinique et la maladie, et son histoire doctrinale.

Les études histologiques qui, pendant longtemps, ont été contraires aux vues de Laennec, paraissent aujourd'hui lui fournir un appoint puissant. Il importe d'enregistrer tous les faits de tuberculose, pouvant apporter un élément d'appréciation, si minime qu'il soit, à la discussion encore pendante; et, d'ailleurs, ces faits renferment quelquefois des détails cliniques intéressants, comme ceux des observations qui suivent.

— La première (obs. LXXV) est un cas de *goître ordinaire*, offrant cette particularité clinique, qu'il plongeait derrière

le sternum. Le corps thyroïde, dans son ensemble, était relativement assez développé, et son lobe moyen, surtout, présentait, à sa région inférieure, un volume considérable. Cette portion de la tumeur, dirigée de haut en bas, était en partie cachée à la base du cou, car le lobe hypertrophié pénétrait sous le sternum. Cette situation de l'organe tuméfié explique pourquoi il gênait la respiration, en comprimant la trachée. De temps à autre, sous certaines influences, le goître se congestionnait et l'augmentation très-rapide, presque soudaine, de son volume devenait le point de départ d'un accès de dyspnée. Parfois les accès, ainsi provoqués, duraient fort longtemps; quelques-uns, même, semblaient menaçants pour la vie.

J'ai vu, à Beaujon, l'an dernier, dans le service de M. le professeur Gubler, un malade de la salle Trabuchi, n° 32, mourir dans de semblables conditions : il avait un goître assez volumineux; le lobe moyen pénétrait profondément derrière le sternum ; de temps à autre, il survenait de violents accès de suffocation. A part ces accès et la gêne continuelle de la respiration, la santé générale était bonne. Quand le malade toussait, ou quand la dyspnée s'établissait, on voyait, sous l'influence des efforts qu'il faisait, le corps thyroïde, en entier, remonter en haut, et accomplir ainsi un véritable mouvement ascensionnel, qui avait pour résultat de diminuer la compression de la trachée. Un après-midi, subitement, sans cause connue, le malade se met à suffoquer; le corps thyroïde reste en place : en un quart d'heure, cet homme mourait asphyxié. Je dois ajouter que ce malade était emphysémateux. On peut se demander jusqu'à quel point l'emphysème n'est pas, dans des cas de ce genre, la conséquence de la compression de la trachée, et le résultat des difficultés habituelles de l'inspiration, surtout de celles qui se produisent lors des accès de suffocation. Cette interprétation trouverait un appui dans

l'observation LXXV, car le malade qui en est le sujet était aussi légèrement emphysémateux.

Je ferai encore remarquer que chez ce jeune homme, on entendait un bruit de cornage très-net, comme signe de compression de la trachée ; le maximum du bruit entendu à l'aide du stéthoscope, à la partie postérieure du cou, était, au niveau de la septième vertèbre cervicale, la proéminente.

— Les observations LXXVI, LXXVII, LXXVIII, sont des exemples classiques d'emphysème pulmonaire, avec ou sans bronchite concomitante. On sait combien il est fréquent d'observer, dans les cas d'emphysème un peu étendu, des accès d'asthme symptomatique, survenant, comme l'asthme essentiel, surtout la nuit. La malade de l'observation LXXVI présentait cette complication. En effet, la nuit, souvent elle était réveillée par une sensation de constriction à la ceinture, remontant en arrière dans le dos, jusqu'à la nuque : alors elle était prise d'étouffements; elle restait la bouche ouverte, cherchant à faire des mouvements respiratoires; elle courait à la fenêtre, et s'agitait beaucoup pour faire disparaître cet état dyspnéique. Après chaque accès, la malade était obligée d'uriner, et elle urinait assez abondamment.

La polyurie se rencontre quelquefois chez les emphysémateux (obs. LXXVII), ainsi que l'albuminurie (obs. LXXVIII).

L'asystolie pulmonaire, par emphysème, n'est pas absolument rare, et l'une des conséquences ordinaires de l'état asystolique, est souvent une anasarque généralisée. J'ai vu, en pareil cas, employer avec succès la diète lactée. Comme M. Vulpian me l'a, bien des fois, fait remarquer, il faut, pour qu'elle réussisse : 1° qu'elle soit très-sévère; que le malade ne mange rien, et ne boive pas autre chose que le lait; 2° que la quantité de lait, donnée chaque jour, soit relativement considérable, 4, 5 à 6 litres. Lorsqu'au

bout de sept à huit jours de ce traitement, la diurèse n'était pas établie, M. Vulpian ajoutait, à la diète lactée, de la macération de digitale. Nous avons obtenu ainsi de remarquables succès chez plusieurs malades qui paraissaient désespérés, tellement l'anasarque était intense et généralisée, la respiration gênée, l'asphyxie imminente.

— L'observation LXXIX est un cas de *pneumonie lobulaire* chez l'adulte ; le fait n'est pas très-rare, bien que la pneumonie lobulaire soit bien plutôt une maladie des deux périodes extrêmes de la vie. Chez l'adulte et chez le vieillard, assez souvent la pneumonie lobulaire devient cohérente : des lobules voisins, ou plutôt des portions voisines d'un lobe se prennent par poussées inflammatoires successives, et une région plus ou moins étendue de l'organe peut se trouver ainsi envahie par la pneumonie lobulaire. On voit alors, à l'autopsie des malades qui succombent sous l'influence de cette variété de pneumonie, et pour peu qu'on y prête attention, le dessin des parties qui ont été successivement prises, comme on voit sur des cartes de géographie coloriées, les diverses provinces, ou les divers départements d'un pays se distinguer les uns des autres, par leurs teintes différentes. Il est facile de reconnaître, dans cette sorte de pneumonie, les îlots les plus récemment envahis; ils sont généralement plus rosés, moins anémiés que les autres : ceux-ci sont blancs jaunâtres ou grisâtres. C'est cette pneumonie qui porte le nom de pneumonie pseudo-lobaire. On trouve toujours ou presque toujours des îlots de pneumonie lobulaire bien isolés dans d'autres régions du même poumon et dans l'autre poumon. Dans certains cas, chez l'adulte surtout, la multiplication de l'épithélium, son gonflement, les épanchements fibrineux intra-alvéolaires, la prolifération des éléments du tissu intra-alvéolaire, de ceux des parois vasculaires, le processus morbide en un mot, tout se fait avec une grande

rapidité et une grande intensité. Par suite de ces modifications, tous les éléments se trouvent réciproquement comprimés dans les alvéoles; la nutrition intime y languit, y devient insuffisante : de là une caséification plus ou moins prompte, d'une étendue plus ou moins grande, des tissus altérés. M. Vulpian nous a dit, à diverses reprises, qu'il avait observé dans un petit nombre de cas, mais d'une façon qui ne lui avait laissé aucun doute, ce mode de caséification pulmonaire chez des individus dont les poumons ne présentaient aucune lésion tuberculeuse ancienne, et sans qu'on pût alléguer une influence héréditaire. Pour lui, il n'hésite pas à admettre, à titre d'exception il est vrai, la pneumonie caséeuse simple, sans origine tuberculeuse.

Chez notre malade de l'observation LXXIX, les lésions n'ont pas été jusque-là. C'est la pneumonie lobulaire ordinaire que l'on a constatée chez lui : c'est du moins ce qu'il est permis d'inférer de la marche de la maladie et de ses symptômes. La pneumonie pseudo-lobulaire se révèle toujours à un certain moment de son évolution et de sa marche envahissante, par une matité plus ou moins étendue et du souffle tubaire au niveau de cette matité. Or, il est noté dans l'observation LXXX que la percussion ne faisait rien constater d'anormal.

On doit encore remarquer que, chez ce malade, il y a eu un point de côté assez violent. Ce phénomène avait certainement pour cause une pleurésie localisée, produite dans la région de la plèvre qui confinait à un des îlots de pneumonie lobulaire. Cet îlot devait être en effet superficiel, comme le sont si souvent, presque toujours, les îlots des pneumonies lobulaires. D'ailleurs l'existence d'une respiration soufflante, vers la partie moyenne et postérieure des deux côtés du thorax, indiquait le siége qu'occupait un des îlots hépatisés.

Ajoutons que ce malade était franchement alcoolique;

on sait que, chez les sujets alcooliques, la bronchite, compliquée de pneumonie lobulaire, n'est pas absolument rare.

— Les observations LXXX, LXXXI, sont deux cas de *pleuro-pneumonie aiguë*. La particularité clinique intéressante, dans le premier cas, est l'hémoptysie, plusieurs fois répétée, qui s'est montrée deux ans avant le début de la maladie actuelle. Il est difficile de se faire une idée très-nette de la cause de cette hémorrhagie, car, ni dans les renseignements antérieurs, ni dans l'étude de l'état présent du malade, on ne trouve de symptômes pouvant faire penser à la tuberculose, ou à toute autre affection chronique de l'appareil respiratoire. Dans le second cas, l'hémoptysie s'est produite au début de l'affection aiguë, alors que la congestion pulmonaire, qui précède l'inflammation, était à son maximum ; il est à remarquer que ces cas de pneumonie, avec hémoptysie, s'observent surtout lorsqu'il existe une complication de pleurésie.

Le malade de l'observation LXXXI avait eu, plusieurs années auparavant, des fièvres intermittentes de longue durée, lesquelles, depuis, se sont plusieurs fois reproduites. Or, chez lui, la fièvre cyclique de la pleuro-pneumonie n'a pas été influencée par l'intoxication palustre, comme cela arrive assez souvent, de véritables accès de fièvres intermittentes éclatant à propos d'une maladie aiguë quelconque.

Le tableau qui suit l'observation montre la courbe de la quantité d'urée rendue chaque jour ; elle a été constamment, à part une seule fois, au-dessous du chiffre moyen de l'état normal.

— L'observation LXXXII est un exemple de pleurésie aiguë, *passée à l'état chronique*, et ayant résisté à tous les moyens de traitement médicaux ; il a fallu la thoracenthèse pour guérir la maladie. Il faut noter, en passant, que ce malade, à un moment donné de sa convalescence, a été

pris de sueurs nocturnes extrêmement abondantes ; il en a été débarrassé très-vite par l'emploi de pilules de sulfate d'atropine de 1/2 milligr. ; je reviendrai plus loin sur ces faits.

— Les observations LXXXIII, LXXXIV, concernent deux cas de *pleurésie traumatique.* Je ferai remarquer, à propos de la première, la violence du point de côté, sans *fractures de côtes ;* il s'est agi, dans le cas particulier, d'une pleurésie sèche. Chez le second malade, au contraire, il s'est agi d'une pleurésie avec épanchement ; il est vrai que cet épanchement a été fort peu considérable.

— L'observation LXXXV est un exemple de *pleurésie aiguë* chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire, à marche extrêmement lente. La pleurésie, caractérisée par un épanchement de moyenne abondance, *siégeait à gauche*, et occupait la base de la poitrine ; elle a duré plus de trois semaines. La tuberculose pulmonaire était une tuberculose acquise, à phénomènes physiques et fonctionnels très-peu accentués, à lente évolution ; il faut ajouter que le malade était un alcoolique avéré. A l'âge de 34 ans, il a eu un abcès froid symptomatique d'une maladie de l'os iliaque ; la lésion osseuse était vraisemblablement de nature tuberculeuse ; aujourd'hui, il n'existe plus que la trace de la cicatrice résultant de la plaie de la peau, plaie faite pour la ponction de l'abcès.

— L'observation LXXXVI concerne un cas de *granulie aiguë* ou plutôt de tuberculisation granuleuse aiguë, appartenant à la variété dite *forme suffocante ou asphyxique.* Les phénomènes dominants, en effet, ont été au point de vue physique, comme au point de vue fonctionnel, ceux de la bronchite capillaire. Il faut ajouter, toutefois, que l'on a constaté, en outre, un état typhoïde très-marqué, avec stupeur, fuliginosités des gencives, langue sèche, etc. Peut-être, dans l'espèce, faudrait-il admettre une combinaison

des deux formes de la tuberculisation granuleuse aiguë, à savoir la forme asphyxique et la forme typhoïde.

L'autopsie de cette malade nous a montré toute l'exactitude du diagnostic posé par M. Vulpian. En effet, M. Vulpian ne s'était pas borné à dire qu'il s'agissait d'une tuberculisation granuleuse aiguë ; il avait affirmé que nous avions sous les yeux un cas de tuberculisation granuleuse aiguë généralisée, et il avait annoncé que l'on trouverait des granulations semblables à celles des poumons, dans les principaux viscères abdominaux, mais en plus petit nombre. Suivant lui, il en est presque toujours ainsi dans la vraie tuberculisation granuleuse à marche rapide, dans celle qui est caractérisée anatomiquement par des granulations d'un volume moindre que les granulations tuberculeuses ordinaires. Ces tubercules, à demi transparents ou tout à fait transparents, sont rarement marqués au centre d'un point jaunâtre. Leur présence est traduite symptomatiquement, soit par une bronchite capillaire aiguë, suffocante, soit par des phénomènes généraux typhoïdes.

Or chez cette malade (LXXXVI), on a trouvé des granulations tuberculeuses, non-seulement dans les poumons, mais encore dans les reins et le foie. Ces granulations étaient un peu plus grosses qu'elles ne le sont d'ordinaire dans les cas auxquels nous venons de faire allusion. Il y avait, dans un des lobes supérieurs, un amas de matière caséeuse crayeuse, mollasse comme du mortier, indice d'une ancienne lésion tuberculeuse.

On doit noter aussi la grande quantité d'albumine trouvée dans l'urine : c'est là un fait assez rare, même dans les cas où, comme dans celui-ci, les reins contiennent des granulations tuberculeuses.

Chez la femme de l'observation LXXXVII, ce n'est plus d'une véritable tuberculisation granuleuse aiguë (*granulie* de M. Empis) qu'il s'agit, mais d'une tuberculose pul-

monaire à marche rapide. Chez cette femme, la maladie a commencé par des troubles névropathiques, par de l'affaiblissement général, etc. Un médecin de la ville, se croyant en présence de manifestations hystériques, ordonna des douches froides. Le traitement fut rigoureusement suivi pendant quelques jours ; il eut pour conséquence, à n'en pas douter, de précipiter l'évolution de la phthisie pulmonaire dont les premières atteintes s'étaient traduites par les symptômes d'affaiblissement, d'anémie, de névropathie, que nous venons de mentionner. L'autopsie n'a pas pu être faite, mais le diagnostic ne présentait réellement aucune difficulté. On aurait trouvé chez cette femme les poumons parsemés d'innombrables tubercules, les uns encore grisâtres en partie, les autres plus ou moins jaunâtres, caséifiés; de plus, aux sommets, on aurait constaté des cavernes en voie de formation, et çà et là des îlots de pneumonie tuberculo-caséeuse. Peut-être eût-on rencontré aussi des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, en voie de production.

— L'observation LXXXVIII est un exemple de tuberculose chronique, à marche très-lente, sans grande réaction générale, tuberculose dont les débuts ont été surtout caractérisés par des troubles dyspeptiques.

Toute jeune, la malade a eu des manifestations de la diathèse scrofuleuse; plus tard une attaque de rhumatisme articulaire aigu, puis une pneumonie; peut-être une pleurésie. Elle s'était à peu près remise de ces diverses maladies et de la fièvre typhoïde qu'elle a eue à 15 ans, lorsque subitement, dans la nuit, elle fut prise de nausées, de vomissements ; elle dit même avoir vu du sang dans les matières vomies. Puis elle eut une douleur vive, continue, au creux de l'estomac, douleur avec irradiations multiples; les digestions étaient toujours pénibles; elle maigrit beaucoup.

Le jour de son entrée, on constata les signes évidents d'une bronchite du sommet droit; mais il n'existait pas de râles humides; après deux mois de séjour à l'hôpital, les signes de tuberculisation s'étaient affirmés, et, à son départ, la malade avait une petite caverne au sommet du poumon droit.

On a beaucoup insisté sur ces formes de tuberculose pulmonaire, à lente évolution, qui commence ainsi par des troubles dyspeptiques très-accentués.

— L'observation LXXXIX est un cas de *tuberculose chronique* développée chez une malade qui avait eu autrefois des *fièvres intermittentes*, ayant duré assez longtemps. Je rapporte cette observation parce que l'on a soutenu que l'organisme, en puissance de la malaria, ne pouvait être atteint de la phthisie pulmonaire. Cette doctrine de l'incompatibilité entre l'impaludisme et la phthisie, a d'ailleurs été déjà combattue par divers auteurs.

— L'observation XC contient des détails cliniques des plus intéressants; le diagnostic, à propos de ce malade, a été longtemps en suspens; il a été oscillant entre le *cancer du poumon* et la *tuberculose chronique localisée*.

Plusieurs raisons plaidaient en faveur de l'hypothèse du cancer : 1° l'état général : le malade était pâle, anémié, cachectique; il présentait une teinte jaunâtre, ayant beaucoup de rapport avec celle que l'on observe chez les cancéreux ; 2° l'âge: le malade avait 58 ans; 3° l'expectoration, qui n'offrait pas les caractères de celle des phthisiques; longtemps le malade n'a eu que des crachats aérés, muqueux; ce n'est que tard qu'il a expectoré des crachats purulents; 4° les signes physiques : le côté droit du thorax était déformé, de telle sorte que, de ce côté, la poitrine avait subi une ampliation extrêmement prononcée. La cage thoracique, bombée, saillante; les côtes, presque immobiles, donnaient à cette partie du thorax un aspect tout

particulier. Il existait, dans toute la partie soulevée, une matité absolue, complète; les vibrations thoraciques étaient conservées; sur le pourtour de la partie mate, on entendait de gros râles muqueux; ceux-ci se montraient surtout abondants en avant de la poitrine, tandis que, du côté gauche, la respiration avait un timbre à peu près normal; on entendait simplement quelques râles de bronchite; 5° parfois le malade éprouvait des douleurs très-vives dans le thorax, au niveau du 9e espace intercostal, ou bien, suivant la ligne axillaire, de haut en bas, dans une étendue de 5 à 6 centimètres; ces douleurs s'irradiaient quelquefois dans le bras droit; 6° les ganglions du creux sus-claviculaire droit étaient un peu engorgés, durs, roulants sous la peau, légèrement douloureux; 7° un jour, à la suite d'applications de ventouses sèches, faites sur le côté droit, on vit se développer les ganglions lymphatiques de la région; ils devinrent durs, douloureux à la pression, et on sentait facilement les cordons noueux dessinés par les lymphatiques enflammés; ils reliaient entre eux les divers ganglions engorgés; ces phénomènes ont persisté plus de quinze jours.

Le diagnostic : tuberculose chronique localisée, a été cependant celui que M. Vulpian a définitivement adopté, en se basant sur les signes suivants : le malade n'a jamais eu de crachats jus de groseille, si caractéristiques et si fréquents dans le cas de cancer du poumon; en outre, après cinq mois de traitement, il est sorti *très-amélioré*, et de son état général, et de son état local; de plus, pendant le dernier mois de son séjour à l'hôpital, il a eu des crachats purulents, déchiquetés (il est vrai que l'examen microscopique de ces crachats n'y a jamais montré de fibres élastiques : fait qui se présente quelquefois, même dans les tuberculoses pulmonaires dont le diagnostic est le plus sûrement établi); enfin, sa maladie a commencé d'une

façon aiguë; au début, il paraît bien, d'après les renseignements qu'il donne, avoir eu une pleurésie.

Telle est l'histoire clinique de ce malade. On peut voir, par cette observation, à quelle difficulté de diagnostic on est exposé en pareil cas.

— L'observation XCI est un exemple de plus de la tuberculose, chez les individus de la race nègre. Ce qui a dominé longtemps chez la malade, ce sont les troubles gastriques. Je ferai remarquer, en outre, qu'elle a succombé, dans le cours d'une tuberculose avec caverne, par le fait d'une hémoptysie foudroyante. L'autopsie n'a pu être faite, le corps ayant été remis entier à M. le professeur Broca pour des études anthropologiques. Peut-être l'hémorrhagie, qui a été mortelle, dépendait-elle d'un de ces anévrysmes dont on s'est occupé dans ces dernières années, anévrysmes qui se développent dans les cavernes, aux dépens des vaisseaux des parois.

— L'observation XCII présente un certain intérêt clinique. On a depuis longtemps signalé la difficulté que peut parfois présenter le diagnostic entre les grandes cavernes, creusées au sein du parenchyme pulmonaire, et le pneumo-thorax. Tous les signes physiques, en effet, sont parfois les mêmes, dans l'un et dans l'autre cas : sonorité exagérée à la percussion; souffle amphorique, tintement métallique, bruit d'airain, etc.; c'est un exemple de ce genre que nous avons eu sous les yeux, chez la malade de l'observation XCII. M. Vulpian n'a cependant pas hésité à formuler le diagnostic : vaste caverne adossée à la paroi thoracique antérieure, et n'étant plus séparée de cette paroi que par une couche plus ou moins altérée de tissu pulmonaire, ou même simplement par la plèvre épaissie. Il s'est fondé sur ce qu'à aucun moment de l'évolution de la maladie, il n'y avait eu de signes de pénétration brusque d'air et de matière pultacée dans la plèvre; sur le siége

de la sonorité tympanique, du souffle, des râles et de la voix amphoriques, du bruit d'airain, etc.; sur l'absence de matité à la partie inférieure et postérieure du poumon. L'autopsie a confirmé le diagnostic posé pendant la vie, et elle a permis de bien constater les conditions physiques que M. Vulpian avait indiquées, comme nécessaires pour la production du phénomène. La caverne, énorme, *avait ses parois extrêmement minces* et *adhérentes* à la paroi thoracique, absolument confondues avec elle; la caverne, vide, communiquait avec les bronches. En somme, on voit que, dans les cas analogues à celui-ci, se trouvent réalisées les dispositions physiques que crée le pneumo-thorax; elles peuvent être résumées ainsi : vaste cavité, pleine d'air, à parois très-minces, en contact immédiat ou à peu près immédiat avec la paroi thoracique, et communiquant avec l'air extérieur par l'intermédiaire des bronches.

— L'observation XCIII, dont j'ai seulement donné un résumé, mérite une mention particulière; il s'agit d'un cas vulgaire de tuberculose pulmonaire chronique, avec *péritonite tuberculeuse*, mais celle-ci a été un peu spéciale, dans son expression clinique. Comme on le sait, dans la forme chronique de la tuberculose péritonéale, le ventre, augmenté de volume dans son ensemble, présente, à la palpation, une série d'inégalités, de bosselures. Le plus généralement, il y a très-peu d'ascite, et souvent même le liquide est collecté, en certains points de la cavité abdominale, dans des régions, pour ainsi dire, indépendantes les unes des autres. Les autopsies montrent que, dans ces cas, les anses intestinales, agglutinées ensemble par l'inflammation tuberculeuse, forment, par place, pour me servir de l'expression de Grisolle, de véritables gâteaux. C'est dans les intervalles, séparant, les unes des autres, ces masses intestinales, que se trouve le liquide ascitique épanché, ainsi séparé, plus ou moins complétement, d'autres collec-

tions semblables; mais ce liquide est alors en petite quantité, et, somme toute, l'ascite est, en général, fort peu considérable. Dans le cas actuel, l'ascite était énorme; le ventre uniformément distendu avait l'aspect que, d'habitude, on rencontre chez les malades atteints de cirrhose hépatique. L'autopsie vint donner la raison de ce fait. Le péritoine viscéral ne présentait presque aucune altération : à peine si, à la surface de l'intestin grêle, il était vascularisé, et si on trouvait, çà et là, quelques granulations tuberculeuses miliaires. Mais il n'en était plus de même du péritoine pariétal : celui-ci était épaissi, opaque ; par places, il était le siége d'une vascularisation des plus nettes, avec formation de néo-membranes minces. De plus, sa surface, dans toute son étendue, était parsemée d'une infinie quantité de granulations tuberculeuses; elles étaient en grand nombre, surtout dans les fosses iliaques droites et gauches. Cette distribution de l'inflammation et des granulations tuberculeuses, explique très-bien, d'une part, l'abondance de l'ascite, et, d'autre part, les caractères particuliers de l'intumescence du ventre.

— L'observation XCIV est celle d'un malade chez lequel, avec une marche aiguë, nous avons vu rapidement se produire la déformation hippocratique des doigts. Le malade, en traitement à l'hôpital, depuis plus d'un mois, pour une tuberculose, d'abord peu accentuée, mais qui, plus tard, évolua rapidement, fut pris, aux extrémités digitales des mains, de douleur, de chaleur, de rougeur, de tuméfaction, en un mot des phénomènes classiques de l'inflammation occupant les dernières phalanges des doigts, dans leur ensemble; le malade ne pouvait plus tenir ses mains sous la couverture, tellement la chaleur du lit le faisait souffrir. En même temps les ongles se déformaient visiblement, se courbaient dans tous les sens. Au bout de quelques semaines, cet état aigu se dissipa, mais les doigts

restèrent définitivement altérés dans leur forme; ils furent, à partir de ce moment, *hippocratiques*.

Bientôt les phalanges des gros orteils sont prises à leur tour, exactement de la même façon, environ une quinzaine de jours après la cessation des phénomènes aux doigts de la main, et elles subissent le même sort; pendant ce temps, et corrélativement, les lésions pulmonaires s'étendaient de plus en plus.

A propos de ce malade, comme à propos des autres, dont les observations précèdent' je signalerai l'efficacité très-remarquable d'un moyen de traitement dont j'ai vu bien souvent les bons résultats, entre les mains de M. Vulpian.

Pour combattre les sueurs nocturnes, non-seulement chez les phthisiques, mais encore dans beaucoup d'autres maladies, fièvres gastriques, rhumatisme articulaire aigu, M. Vulpian emploie des pilules qui renferment, chacune, un demi-milligramme de sulfate d'atropine. Il en prescrit une ou deux, à une heure d'intervalle, le soir. Si cette dose n'est pas suffisante, on en donne une ou deux autres, à une heure d'intervalle dans l'après-midi. Il est rare qu'on soit obligé de prescrire ainsi quatre pilules par jour. A part la suppression de la sueur, ces pilules prises à cette dose, ne donnent lieu, dans l'immense majorité des cas, à aucun phénomène d'atropinisme. Ce moyen de combattre les sueurs, simple palliatif contre l'un des symptômes les plus pénibles de la phthisie, est de beaucoup supérieur à tous ceux de l'ancienne pharmacopée, dont les effets sont presque nuls.

— L'observation XCV est un de ces exemples de tuberculose que MM. Bazin et Pidoux auraient décrits sous le nom de *phthisie scrofuleuse*. Il faut bien le reconnaître, l'exacte observation des faits montre que, chez les scrofuleux, la tuberculose a, en général, une physionomie à

part, et qu'elle évolue d'une façon spéciale. Si quelquefois, en effet, la phthisie scrofuleuse est annoncée par des bronchites répétées, ou par des hémoptysies, le plus souvent son début est, pour ainsi dire, lent et insidieux. Il n'existe ni fièvre, ni douleurs. La dypsnée est modérée; l'amaigrissement, à peu près nul; les forces sont presque conservées; l'appétit peut persister. Il en est ainsi pendant des mois, des années même, et, seul, l'examen attentif de la poitrine peut révéler l'existence de la maladie.

Lorsque la fonte tuberculeuse arrive, la fièvre hectique peut faire complétement défaut ; les sueurs sont rares ; l'appétit est conservé; l'embonpoint, ordinaire. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'il survient de l'anorexie, que les extrémités s'infiltrent, que la peau, couverte de moiteur, prend une teinte jaunâtre; la fièvre s'allume plus vive, et la terminaison fatale est alors très-rapide; mais, je le répète, c'est après une longue existence de la maladie que la dernière période de l'affection survient, et des malades ayant leurs poumons creusés de vastes cavités peuvent offrir certaines des apparences de la santé. Quelle différence entre ces cas et ceux de phthisie commune! Aussi, comme le fait remarquer M. Bazin, ni le pronostic, ni le traitement ne sont les mêmes, dans ces cas, et dans ceux de tuberculose pulmonaire ordinaire. Il faut bien le répéter d'ailleurs, ces différences entre la phthisie commune et la phthisie des scrofuleux ne peuvent être admises qu'à titre de fait général et non comme étant constantes. Il est des cas, en effet, où chez des scrofuleux, la phthisie pulmonaire évolue avec rapidité : on peut observer, chez ces diathésiques, les formes les plus rapides de la phthisie; soit la tuberculisation granuleuse aiguë, asphyxique ou typhoïde, soit la tuberculisation caséeuse sous forme nodulaire ou sous forme d'infiltration lobulaire ou pseudo-lobaire, avec fonte rapide du poumon, et production de vastes cavernes

en peu de temps ; la mort arrive au bout de quelques semaines.

Le malade de l'observation XCV était un Parisien des faubourgs, fils d'une tuberculeuse et d'un père rhumatisant. Pendant son enfance, les ganglions du cou s'engorgèrent, et il eut des tumeurs énormes, qui s'abcédèrent; sa peau, conturée de cicatrices, en porte les traces indélébiles. Le cuir chevelu, la face, furent, à différentes reprises, couverts d'éruptions d'impétigo scrofuleux, qui ont laissé, dans ces diverses régions, de nombreuses cicatrices, analogues à celles du cou.

Le 2 janvier 1877, il est atteint de pneumonie, et, à propos de cette maladie aiguë, la tuberculose pulmonaire et la tuberculose adéno-bronchique évoluèrent. L'évolution symptomatique de la phthisie se fit lentement, sans grande réaction, sans hémoptysie, sans amaigrissement notable; en un mot, comme les observateurs l'ont noté dans des cas de ce genre, la phthisie, chez lui, a eu une marche torpide, une évolution très-lente.

Il n'est pas douteux que les ganglions bronchiques n'aient participé à la tuberculose, car on constatait du souffle à la racine des bronches, et la *toux à forme de coqueluche.*

Ces symptômes, peu accusés dans le cas dont nous venons de parler, existaient, au contraire, très-prononcés, très-nets, chez le malade de l'observation suivante (XCVI). Ce malade offrait un bel exemple, absolument type, de *tuberculose des ganglions bronchiques.*

— L'observation XCVII est un cas intéressant de tuberculose du sommet du poumon droit. La lésion paraissait exclusivement localisée dans ce sommet. Les autres parties du poumon atteint et l'autre poumon tout entier ne présentaient aucun signe de tuberculisation.

La malade est une jeune femme de 20 ans; elle a eu, à

18 ans, des coliques de plomb dont elle guérit très-bien ; quelque temps après, étant très-pâle, facilement étouffée, elle entra à Beaujon, où elle resta deux mois environ en traitement, pour une chloro-anémie. Déjà, à l'âge de 16 ans, elle avait eu une pneumonie; depuis lors, elle s'enrhumait souvent, et elle éprouvait quelquefois des douleurs dans le côté droit de la poitrine.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on constate que la malade n'est pas amaigrie, mais elle a un teint très-pâle, presque jaunâtre, de chloro-anémique.

La percussion est douloureuse à droite, en haut et en arrière du thorax : en ce point, perte d'élasticité; matité. Frottements — râles très-nets dans toute la partie mate; souffle et égophonie des plus caractéristiques; rien d'ailleurs dans les autres régions des poumons. Aucune expectoration.

État général satisfaisant; appétit à peu près conservé. On hésita, comme diagnostic, entre une pleurésie locale simple et une pleurésie provoquée par des tubercules siégeant au sommet du poumon droit, en inclinant toutefois vers cette dernière interprétation des phénomènes symptomatiques.

Le 6 avril, après deux mois de séjour environ, la malade quittait l'hôpital, très-améliorée au point de vue général; mais les phénomènes physiques persistaient avec les mêmes caractères que lors de son entrée à l'hôpital.

Le 19 juillet, la malade revient dans le service, parce que, depuis quelque temps, elle va en s'affaiblissant par le fait de sueurs nocturnes abondantes. A un nouvel examen, on constate une expectoration franchement purulente; en outre, cette fois, on trouve tous les signes de l'existence d'une vaste excavation dans le sommet du poumon droit : partout ailleurs, *il n'y a rien* d'anormal; le reste du poumon droit et tout le poumon gauche sont sains.

Voilà le fait : donc, ici, sous le couvert d'une pleurésie

du sommet du côté droit du thorax, pleurésie déterminée très-vraisemblablement par le développement de tubercules dans le lobe supérieur du poumon droit et dans la région correspondante de la plèvre, il s'est produit dans ce lobe une *pneumonie caséeuse*, et ce processus morbide a eu pour conséquence la formation d'une vaste caverne, alors que toutes les autres parties de l'appareil pulmonaire restaient indemnes de lésions. Il y a actuellement, dans le service, une autre jeune fille tuberculeuse, couchée au nº 15 bis, dont l'histoire clinique est analogue.

En terminant ce bref résumé des principaux faits de phthisie pulmonaire, observés dans notre service, je veux consigner encore une remarque, déjà faite par d'autres médecins, et dont nous avons vérifié la justesse chez un grand nombre de phthisiques : c'est qu'il est commun de trouver les lésions disposées de telle sorte dans les deux poumons, que les signes sont plus manifestes en avant d'un côté et en arrière du côté opposé. Il n'est pas rare de constater, par exemple, de la matité et du souffle en avant et en haut, du côté gauche, la partie postérieure de ce même côté, au même niveau, offrant des signes beaucoup moins marqués ou même nuls, tandis que, du côté droit, ce sera l'inverse qui sera révélé par l'examen.

— Plusieurs des tuberculeux dont il vient d'être question, ont eu, quelquefois, dans le cours de leur maladie, d'abondantes diarrhées. M. Vulpian parvenait, presque toujours, à les enrayer, quelle que fût la cause du flux (tuberculose intestinale, entérite des tuberculeux, etc.), en faisant pratiquer, sous la peau de l'abdomen, des injections de chlorhydrate de morphine; un, deux, trois, quatre centigrammes de cette substance, plus ou moins, suivant les cas.

— L'observation XCVIII est un bel exemple de *cancer* propagé au poumon et à la plèvre. L'histoire clinique de ce malade est des plus instructives.

Un valet de chambre de quarante et quelques années est amené dans le service à la visite du soir. Il raconte qu'il est malade seulement *depuis huit jours ;* que, jusqu'alors, il a toujours été bien portant. Il y a huit jours, sans cause connue, il a été pris d'accès d'étouffement, de dyspnée : ces accès ont été violents, et même, au dire du médecin qui les a vus, ils ont plusieurs fois mis le malade en danger de mort.

Au moment de son entrée dans nos salles, nous constatons que ce malade est un homme de taille moyenne, très-brun; sa figure est pâle et cependant un peu cyanosée; les lèvres sont bleuâtres; les yeux sortent de l'orbite; la respiration est gênée, saccadée; la voix brève, haletante; la toux fréquente.

Pas d'expectoration.

Le malade est assis dans son lit; il s'appuie sur ses deux mains, et fait mouvoir tous les muscles qui entourent le thorax. L'embonpoint est à peu près conservé.

L'inspection du ventre montre une saillie très-accusée, étendue, volumineuse, dans la région hépatique; la palpation indique que le foie est considérablement augmenté de volume, qu'il est bombé, un peu douloureux à la pression. Signes d'un double épanchement pleural, d'ailleurs peu abondant; phénomènes de bronchite généralisée.

Le malade meurt le surlendemain de son entrée à l'hôpital; il succombe aux progrès de l'asphyxie.

A l'autopsie, on trouve un cancer du foie caractérisé par des masses énormes, arrondies, siégeant à la surface et dans l'épaisseur de l'organe : tout autour de ces masses le tissu hépatique est sain. Le pancréas était englobé complétement dans l'une d'elles. Le diaphragme, tant à sa face

inférieure, qu'à sa face supérieure, est parsemé de millions de nodosités cancéreuses; il en est de même, sur les plèvres pariétales, sur les plèvres viscérales et dans l'épaisseur du poumon.

Le thorax, de chaque côté, renfermait un litre de liquide, contenant du sang en abondance.

Quel a été le point de départ des accidents? Le pancréas, sans nul doute; de là le cancer s'est propagé au foie, puis au diaphragme, et, par l'intermédiaire de ce dernier, aux plèvres et aux poumons. Depuis les travaux de Recklinghausen, on admet généralement qu'il peut se faire une propagation facile des affections intra-abdominales aux organes thoraciques et réciproquement, par les communications lymphatiques qui mettent en rapport les cavités abdominale et thoracique, au travers du diaphragme. Quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur la réalité de ces communications anatomiques, le fait de la propagation est incontestable dans nombre de cas. On voit parfois des pleurésies se produire consécutivement à des inflammations du péritoine. Nous avons eu l'occasion d'observer des cas intéressants de ce genre. M. Vulpian avait dans son service, au même moment, il y a quelques mois, deux malades chez lesquels on avait pu constater une propagation de cette sorte. Dans un des cas, il s'agissait d'une péritonite survenue chez un jeune homme dans la convalescence d'une fièvre typhoïde; quelques jours après le début des accidents péritonitiques, une pleurésie aiguë du côté gauche se déclarait. Dans l'autre cas, une pleurésie aiguë du côté droit se produisait chez une femme, huit à dix jours après les premiers symptômes d'un phlegmon du ligament large du côté droit, phlegmon compliqué d'une pelvi-péritonite peu accusée.

Dans l'observation XCVIII, il faut noter surtout la soudaineté des accidents; la rapidité de leur évolution; leur

terminaison fatale. L'éruption cancéreuse de la plèvre et des poumons ressemblait absolument à celles qu'on observe quelquefois sur le péritoine, et qui marchent si vite. Ces faits de carcinie aiguë du péritoine ont été signalés et décrits par MM. Vulpian et Charcot ; pour ma part, j'en ai observé un cas très-net, étant interne de M. Charcot à la Salpêtrière.

OBSERVATIONS

Obs. LXXV. — *Goître ordinaire, accompagné de violents accès de suffocation. — Développement hypertrophique notable du lobe moyen du corps thyroïde. — Pénétration de ce lobe à la base du cou, de haut en bas, derrière le sternum. — Compression de la trachée, quelquefois très-marquée, lors des poussées congestives vers le corps thyroïde. — Emphysème pulmonaire concomitant. — Cessation des accidents dypsnéiques sous l'influence de l'iodure de potassium, pris à l'intérieur, et de l'application de pommade iodurée sur la tumeur.*

Le nommé G..., Arthur, âgé de 18 ans, brossier, entré le 14 juin 1877, salle Saint-Jean de Dieu, lit n° 15.

Antécédents héréditaires. — Le malade raconte que son père toussait habituellement, et présentait, surtout pendant l'hiver, un gonflement du cou qui produisait quelquefois de violents accès de suffocation.

Sa mère avait des palpitations, et toussait beaucoup aussi.

Dans le pays de ce jeune homme (Seine-et-Marne), il y a beaucoup de personnes atteintes de la même affection que lui, non-seulement dans son village, mais même dans les environs.

Renseignements. — Depuis son enfance, il tousse habituellement.

Il n'a jamais eu d'hémoptysie, mais il sue la nuit, assez pour être obligé de changer de chemise; depuis quelque temps il a une diarrhée habituelle.

L'expectoration est ordinairement peu abondante. De temps à autre, elle augmente considérablement. Elle consiste en un liquide clair, transparent et aéré.

Ce malade dit avoir un peu maigri dans ces derniers temps.

Ce qui l'oblige surtout à venir demander du secours, ce sont les accès d'étouffement qui le prennent souvent et qui ressemblent à ceux que présentait son père.

Pendant les quintes de toux, il voit son cou se gonfler peu à peu, et devenir souvent très-volumineux. C'est alors que commence la dyspnée.

Cet état, caractérisé par des alternatives d'augmentation et de diminution du corps thyroïde, avec accès de suffocation plus ou moins marquée, dure depuis son enfance. Il n'en souffrait pas autrement, et ce n'est que depuis 15 jours environ que ces accès de suffocation ont commencé à lui inspirer une certaine inquiétude.

Souvent ses yeux se remplissent involontairement de larmes, en même temps que se montrent les phénomènes précédents.

L'appétit est conservé, mais, aussitôt après son repas, il se met à tousser et à étouffer beaucoup plus que pendant le reste de la journée.

Etat actuel. — C'est un garçon vigoureusement constitué, très-brun.

Il est assis dans son lit, ayant plusieurs oreillers pour le soutenir. Facies rouge, congestionné; lèvres un peu bleuâtres. Inspiration pénible; respiration costale supérieure.

La peau est moite; T. A. 38° 2. Langue un peu saburrale. Perte d'appétit; constipation.

Examen des organes. — On constate, sur le cou, la saillie que les lobes du corps thyroïde forment sous la peau; le malade vient d'avoir un accès de suffocation. Aussi le volume de la tumeur est-il très-considérable et très-sensible à la vue aussi bien qu'au toucher. Du reste, on la voit grossir au moindre effort que fait le malade pour tousser. On note que le lobe moyen du corps thyroïde, qui est surtout hypertrophié, s'engage au-dessous de la première pièce du sternum et pénètre ainsi jusque dans la cavité thoracique.

L'examen du thorax donne les signes suivants : Il est un peu bombé en avant; les creux sus-claviculaires sont légèrement effacés.

A la percussion, un peu de sonorité exagérée, sous les clavicules.

A l'auscultation, on entend partout, aussi bien en arrière qu'en avant et des deux côtés, un ronflement presque soufflant, qui se perçoit aux deux temps de la respiration, et des râles sibilants; le maximum d'intensité des râles ronflants est au niveau de la septième cervicale; le ronflement diminue à mesure qu'on s'éloigne de l'origine des bronches. Expectoration assez abondante de crachats muqueux, aérés.

Rien de particulier à noter du côté du cœur.

Les urines sont un peu rouges; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Traitement. — On donne au malade 15 grammes d'huile de ricin. Infusion de fleurs de mauve. Bouillon.

16 *juin.* — Le malade a encore beaucoup toussé la nuit; hier, dans la soirée, il a eu plusieurs accès de suffocation. Frictions sur la tumeur avec la pommade à l'iodure de potassium. Julep gommeux contenant 30 grammes de sirop d'opium.

17 *juin.* — Pendant la journée d'hier, le malade a eu deux accès de suffocation; la nuit a été meilleure, il a moins toussé. On continue les frictions et la potion. On prescrit en outre un gramme d'iodure de potassium à prendre chaque jour.

18 *juin.* — Diminution de volume du corps thyroïde. Les râles ronflants sont moins accentués.

20 *juin.* — Le malade, qui s'est levé dans la journée d'hier, a recommencé à tousser. Dans la soirée, vers 4 heures, nouvel accès de suffocation. La dyspnée est très-forte. La face est rouge, congestionnée; les quintes de toux sont incessantes. L'accès a une durée de près de deux heures.

On donne 40 grammes de sirop d'opium dans une potion gommeuse. 3 capsules de térébenthine.

22 *juin.* — Le malade est mieux; la toux est beaucoup moins fréquente.

25 *juin.* — Le corps thyroïde a diminué de volume. Il se produit encore, de temps à autre, quelques accès de suffocation, mais ils sont peu intenses.

1er *juillet.* — Le mieux continue; les râles ronflants et sibilants sont très-peu marqués.

5 *juillet.* — L'état général est bon; encore quelques quintes de toux et des accès d'étouffement.

La malade sort le 10 juillet. Sa situation est très-améliorée; le volume du corps thyroïde a beaucoup diminué, et les accès d'étouffement sont très-peu marqués.

Obs. LXXVI. — *Emphysème pulmonaire. — Accès d'asthme symptomatique. — Œdème considérable des membres inférieurs. — Traitement par la diète lactée et la macération de digitale. — Amélioration sensible et rapide.*

La nommée B... Louise, âgée de 40 ans, couturière.

Entrée le 1[er] février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 10.

Renseignements. — Cette malade est âgée de 40 ans; elle a été réglée à 11 ans et d'une manière très-régulière, jusqu'à l'âge de 37 ans, époque à laquelle elle eut des pertes très-abondantes qui ont duré jusqu'à cette année.

Maintenant elle a des règles régulières, mais elles persistent 15 jours et plus.

A 6 ans, elle a eu la variole; à 8 ans, la rougeole. Vers la même époque, quelques manifestations strumeuses.

Elle a souvent des douleurs dans le dos et en avant de la poitrine; ces douleurs se produisent sous forme névralgique.

Elle entre à l'hôpital pour des accès d'oppression qui la font beaucoup souffrir.

Elle en a été atteinte, pour la première fois, l'année de la guerre, à la suite d'une pneumonie qu'elle aurait eue à cette époque.

Elle a contracté, l'année dernière, une bronchite aiguë qui la retint au lit pendant assez longtemps.

Les accès d'oppression étaient très-forts au début de la maladie, et très-fréquents en même temps. — Elle en a beaucoup moins depuis ses pertes de sang.

État actuel. — Femme de taille moyenne, très-brune.

La face est un peu rouge, congestionnée; toutes les muqueuses apparentes sont fortement colorées.

La peau, sur le reste du corps, est plutôt pâle. T. A. 37° 9. Pouls petit, régulier, difficile à percevoir.

Les membres inférieurs sont très-œdématiés ; l'œdème remonte jusqu'à la racine des cuisses. Les mains sont, elles-mêmes, un peu œdémateuses.

Pas d'ascite. Perte d'appétit; langue blanche, saburrale; état nauséeux; constipation.

La malade est dans un état de dyspnée habituel; sa respiration est pénible. Elle est forcée de se tenir constam-

ment assise dans son lit. Par instants les accès de suffocation augmentent; il en est ainsi surtout la nuit.

Ils sont caractérisés par une sensation de constriction à la ceinture et par des douleurs en arrière, dans le dos, jusqu'à la nuque.

La malade reste d'abord la bouche ouverte, sans pouvoir faire un mouvement respiratoire; puis, au bout d'un instant, elle se lève, court à sa fenêtre et respire avec force, pour faire disparaître cet état d'étouffement; elle devient très-rouge et ensuite sue beaucoup.

Ces accès d'oppression qui se montrent surtout le soir, ou dans la journée, quand la malade a marché longtemps, durent 2 ou 3 heures, avec des intervalles de rémission généralement assez courts.

Quand l'accès est passé, la malade est prise de toux et rend une grande quantité de crachats liquides et spumeux; elle déclare aussi, qu'après chaque accès, elle urine abondamment.

Dans l'intervalle des accès, elle est toujours un peu oppressée et cette oppression devient plus grande à propos du moindre effort.

L'examen de la *poitrine* montre, à la vue, une disparition à peu près complète des creux sus-claviculaires; le thorax est fortement bombé en avant. La *percussion* donne de la sonorité très-marquée dans toutes les régions, et l'*auscultation* fait entendre une quantité énorme de râles ronflants et sibilants dans les deux poumons. A chaque base, râles muqueux abondants. Crachats aérés.

L'examen du *cœur* est très-difficile et c'est avec peine que l'on entend ses battements; cependant le cœur, surtout dans sa moitié droite, paraît être dilaté, car il y a de la récurrence veineuse bien évidente; pas de souffle tricuspidien.

L'urine contient un peu d'*albumine;* elle est peu abon-

dante, excepté à l'époque des crises, et très-colorée.

Traitement. — On donne, à la malade, 2 grammes de poudre d'ipécacuanha en trois paquets.

3 *février.* — La malade a vomi abondamment; elle se sent mieux. La dyspnée persiste, quoiqu'un peu moins forte. Pas d'accès d'oppression proprement dits. M. Vulpian met la malade au régime lacté exclusif.

4 *février.* — La sécrétion urinaire a été plus abondante; légère diminution de l'œdème des membres inférieurs.

5 *février.* — La malade a été prise, dans la nuit, d'un accès d'oppression assez violent; il aurait duré, d'après son dire, plus d'une heure et demie.

7 *février.* — M. Vulpian fait ajouter à la diète lactée, de la macération de digitale. (Eau, 1 litre pour faire macérer, poudre de feuille de digitale 0,50.)

10 *février.* — La malade va beaucoup mieux; l'œdème des jambes a sensiblement diminué.

16 *février.* — La malade sort ce jour. Son état général est très-amélioré. Les râles ronflants et sibilants sont bien diminués. Plus de râles muqueux. Expectoration normale. Depuis trois jours, il n'est pas survenu d'accès de suffocation. Plus d'anasarque.

Obs. LXXVII. — ***Emphysème pulmonaire. — Bronchite chronique : exacerbation aiguë. — Dyspnée croissante. — Polyurie. — Mort par asphyxie. — Autopsie.***

Le nommé S... âgé de 40 ans, terrassier.

Entré le 6 février 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 22.

Antécédents. — Cet individu, terrassier de son état, dit avoir toujours été d'une forte constitution. Il y a 20 ans, il contracta des accidents vénériens sur lesquels il ne peut donner que des renseignements assez vagues.

Se livrant à des travaux manuels fort pénibles, il avoue

boire d'ordinaire avec excès (3 *litres de vin par jour*, sans compter l'*eau-de-vie*). Il a eu des pituites le matin.

Depuis quelques années, il toussait un peu pendant l'hiver et était parfois pris de dyspnée; néanmoins il se portait très-bien.

Il y a six semaines, après son travail quotidien, il se sentit mal en train, courbaturé; cette courbature, ce malaise augmentant, il fut forcé de garder le lit.

Bientôt il fut pris d'une dyspnée violente; il devait faire, dit-il, de grands efforts pour respirer et il lui semblait à chaque minute qu'il allait étouffer; il perdit complétement l'appétit, et se mit à tousser; il ne se rappelle pas avoir eu de frisson.

Depuis cette époque, la dyspnée alla croissant; la face, dit-il, devint bleue; la toux violente, plus fréquente.

Il aurait eu aussi, à cette époque, des sueurs nocturnes et des épistaxis abondantes.

Son père et sa mère sont, dit-il, morts vieux, de maladie de poitrine.

La dyspnée devenant de plus en plus intense, le malade entre à l'hôpital le 6 février 1877.

6 *février*. *État actuel*. — C'est un homme vigoureux, assez bien musclé; son visage, naturellement coloré, est fortement congestionné ou plutôt cyanosé; les lèvres sont bleuâtres; les yeux injectés.

Assis dans son lit et soutenu par des oreillers, il est en proie à une dyspnée violente; à chaque instant il se croit sur le point d'étouffer. Mettant en action tous ses muscles accessoires de la respiration, les muscles du cou tendus, la bouche ouverte, il est haletant.

De temps en temps il est pris, surtout pendant la nuit, de quintes d'une toux un peu étouffée.

Les crachats sont abondants, blancs, aérés, muqueux; très-léger œdème des jambes.

Examen de la poitrine. — Le thorax est un peu bombé. A la *palpation*, on perçoit nettement les vibrations thoraciques, qui toutefois sont un peu diminuées.

Percussion. — En avant, les deux côtés du thorax présentent une sonorité exagérée. En arrière, rien de particulier.

Auscultation. — Respiration saccadée, pénible.

En avant et à gauche, nombreux râles sibilants dans toute l'étendue du poumon.

En arrière et à gauche, râles sibilants et ronflants.

A droite, râles sibilants et quelques râles sous-crépitants, mais bien moins nombreux en avant qu'en arrière. Léger frottement en haut sous la clavicule gauche.

Cœur. — Les bruits sont normaux, quoique très-peu intenses.

Le choc du cœur est faible; le volume de cet organe est augmenté dans le sens transversal.

Pulsations faibles et fréquentes. De même, le pouls est petit et précipité ; le cœur est dilaté.

Fièvre légère. T. A., 38,2; quelques frissons pendant la nuit; sueurs nocturnes peu abondantes.

Le malade ne dort pas; il a des cauchemars, voit des bêtes qui veulent l'étouffer, et l'on constate une légère excitation cérébrale avec subdelirium; les réponses aux questions sont sans suite.

Foie. — Normal.

Rate. — Normale.

Urine. — Ni sucre, ni albumine. — Polyurie; 2 litres d'urine en 24 heures.

7 *février. Traitement.* — On prescrit un vomitif; ventouses sèches sur tout le thorax. Tisane de bourgeons de sapin. Julep gommeux avec 30 grammes de sirop de morphine et 25 centigrammes de kermès. Dans la soirée,

le malade se sent un peu mieux ; les râles ont un peu diminué.

8 *février*. — Vésicatoire de 0,15 de diamètre sur le devant de la poitrine.

Les jours suivants, on ne constate pas d'amélioration. Loin de là, il y a une aggravation progressive de l'état général. L'état local ne se modifie pas sensiblement.

14 *février*. — Depuis quelques jours, le malade est fort agité la nuit; il crie, veut se lever, et le matin on le trouve dans un état semi-comateux.

L'appétit est bon néanmoins ; peu de fièvre.

Les râles persistent, mais la dyspnée diminue légèrement. Même prescription. Nouveau vésicatoire sur le côté gauche en arrière. En outre, comme les jours précédents, on fait appliquer des ventouses sèches (une vingtaine) sur les régions du thorax qui ne sont pas occupées par des vésicatoires. Sinapismes promenés sur les membres inférieurs. La veille, on a fait prendre 0,45 de résine de jalap; il y a eu de très-nombreuses selles.

15 *février*. — Même prescription; on fait ajouter à la potion 60 grammes de rhum.

Délire la nuit; le malade cherche à se lever continuellement.

17 *février*. — L'état général s'aggrave; affaiblissement. Oppression continuelle.

Délire la nuit.

19 *février*. — Vers 4 heures de l'après-midi, l'oppression devient extrême ; la face et les extrémités des membres sont cyanosées.

La dyspnée va croissant, et le matin, à trois heures, le malade meurt.

Autopsie. 21 *février* 1877. — *Cavité crânienne. Encéphale*. — On trouve quelques épaississements des méninges au niveau de la scissure de Sylvius et de l'espace perforé

antérieur. Pas d'autres lésions : pas d'embolies ni de thromboses; les artères, contrairement à ce qu'on avait présumé pendant la vie, à cause de l'alcoolisme, ne présentent point d'altérations athéromateuses.

Cavité thoracique. Poumons. — A la surface des poumons, sous la plèvre viscérale, on découvre quelques petites ecchymoses semblables à celles que l'on trouve dans les cas d'asphyxie par strangulation, par pendaison, etc.

L'emphysème est très-marqué dans les lobes inférieurs, ainsi que le long du bord antérieur des poumons. Dans tout le reste de l'étendue de ces organes, congestion hypostatique.

D'ailleurs, pas de granulations tuberculeuses, ni de pneumonie chronique. On trouve quelques dilatations des petites bronches, et, surtout, de l'épaississement des parois bronchiques sur la plupart des coupes du poumon. La surface interne des bronches présente une couleur rouge vineuse.

Cœur. — Le cœur est très-dilaté, mais sans hypertrophie des parois ventriculaires. Les parois sont plutôt minces ; le myocarde a une couleur feuille morte très-marquée.

Pas de lésion d'orifices.

L'aorte présente, à sa surface interne, quelques irrégularités mamelonnées, sans plaques athéromateuses proprement dites ; les mamelons proviennent de la prolifération des cellules de la tunique interne du vaisseau (endartérite sclérosique), ainsi que l'a montré l'examen histologique.

Cavité abdominale. Rate. — Elle ne présente rien de bien anormal ; peu de périsplénite.

Reins. — Ils sont tous deux congestionnés.

Foie. — Il est congestionné et un peu gras ; pas de calculs biliaires.

Estomac. — La membrane muqueuse est épaissie dans toute son étendue; l'épaississement est mamelonné dans

le cul-de-sac droit. Nombreuses ecchymoses pointillées à la surface de cette membrane. Pas de cicatrices.

Obs. LXXVIII. — *Emphysème pulmonaire. — Légère bronchite concomitante. — Dyspnée assez violente.*

La nommée B..., âgée de 45 ans, blanchisseuse.

Entrée le 15 mars 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 21.

Renseignements. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

A 8 ans, variole dont elle porte encore les traces.

A 15 ans, à la suite d'une grande frayeur, elle aurait été prise d'étouffements; depuis cette époque, elle est toujours restée nerveuse, facilement impressionnable.

Réglée à 14 ans; jusqu'à ces derniers mois, les règles ont été régulières.

Elle nie avoir fait des excès alcooliques; cependant tous les matins, depuis assez longtemps, elle vomit une gorgée de liquide d'apparence aqueuse; elle a des rêves, elle se voit tomber dans les précipices.

Expectoration fréquente, surtout l'hiver; crachats aérés, ayant l'aspect de la salive. Les crachats ont contenu quelquefois des stries sanguines.

Dyspnée, augmentant lorsque la malade marche un peu vite ou qu'elle monte des escaliers; en outre, par instants, palpitations cardiaques violentes.

Etat actuel. — Femme de petite stature, très-maigre. Aspect sénile. Respiration pénible. Dyspnée très-prononcée.

La parole est brève, entrecoupée; la malade est obligée de se tenir continuellement assise sur son lit.

L'appétit est presque nul; langue blanche, saburrale. Constipation.

Insomnie. Pendant la nuit, la malade est souvent en proie à des accès de suffocation très-violents; elle étouffe pendant deux à trois heures. La température de la peau est

normale. Les lèvres et les extrémités des doigts sont cyanosées. Le thorax est déformé, il est globuleux dans son ensemble, mais la déformation est surtout prononcée en arrière. On remarque de la voussure sur les parties latérales et antéro-supérieures de la poitrine; les creux sus-claviculaires sont effacés.

La région précordiale est normale. La percussion de la poitrine donne une sonorité exagérée. L'auscultation indique une diminution notable du murmure vésiculaire, principalement à la partie moyenne des poumons. Expiration soufflante aux deux sommets du thorax, en arrière. Quelques râles sibilants et ronflants dans toute la hauteur des deux lobes pulmonaires ; râles sous-crépitants assez fins aux deux bases, peu abondants.

Expectoration muqueuse, aérée. Pas de stries sanguines.

Les battements du cœur sont sourds, mal frappés. Pas d'hypertrophie appréciable de l'organe. Pas de bruits de souffle.

Rien de particulier à noter du côté de l'abdomen.

Urines assez abondantes, un peu pâles. Léger nuage d'albumine. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Traitement. — Poudre d'ipécacuanha : 2 grammes en trois paquets; tisane de fleurs pectorales. Vésicatoire sur la région sternale. Julep gommeux avec sirop d'opium 30 grammes et kermès minéral 0,30.

19 *mars.* — L'état général est meilleur. La malade étouffe moins; elle n'a pas eu d'accès de suffocation la nuit dernière. Même potion. Vin de quinquina.

20 *mars.* — L'appétit est revenu. La respiration est plus facile; encore quelques râles de bronchite. Trois capsules de térébenthine.

25 *mars.* — Continuation de l'amélioration de la santé. L'albuminurie a disparu.

1er *avril.* — La malade quitte l'hôpital; elle va beau-

coup mieux. Les accès de suffocation ne se sont pas reproduits.

Obs. LXXIX. — *Broncho-pneumonie chez un alcoolique. — Point de côté assez violent. — Guérison.*

Le nommé R..., 37 ans, garçon d'hôtel. Entré le 2 mars 1877, salle St-Jean de Dieu, lit n° 26.

Il s'est toujours bien porté, dit-il, jusqu'à l'âge de 18 ans.

A cette époque, il eut, à gauche, une fluxion de poitrine qui le tint au lit 15 jours et pour laquelle on lui appliqua successivement des sangsues et des vésicatoires. Depuis lors, il travaille; par moments, il est pris d'étouffement. De plus, environ tous les six mois, il a des points de côté violents, accompagnés de dyspnée assez vive. Il a été obligé, à cause de ces crises, de garder plusieurs fois le lit.

Astreint par son métier à de rudes travaux et à des refroidissements fréquents, il avoue avoir fait abus de boissons alcooliques.

Sa mère est morte de phthisie pulmonaire; il en est de même de sa sœur et d'une de ses nièces. Jamais il n'a craché le sang.

Le 27 février, il eut, en se couchant, un frisson assez intense, accompagné de claquements de dents; le frisson dura une heure environ; il dormit mal cette nuit. Le lendemain, il se mit à tousser; il avait un point de côté qui ne tarda pas à être extrêmement douloureux; ce point de côté siégeait à gauche, à la partie postérieure et moyenne du dos; les quintes de toux, qui survenaient à chaque instant, augmentaient encore ses douleurs; fréquemment, il se réveillait avec des accès de suffocation terribles; la fièvre était intense, l'appétit complétement perdu.

Etat actuel. — C'est un homme fort, assez bien musclé; sa face est injectée, vultueuse; les yeux, brillants, sont

très-rouges. Couché sur le côté droit, il est en proie à une dyspnée intense; l'inspiration est très-douloureuse; à chaque instant, il est pris de quintes de toux qui lui arrachent de petits gémissements de douleur.

La respiration est haletante, saccadée, interrompue, par instants, par de petits cris douloureux.

Le malade se lève sur son chevet; il sort de son lit et s'appuie sur un oreiller; il prend toutes les positions imaginables pour calmer la douleur de côté.

Lorsqu'il rentre au lit, il se couche de nouveau sur le côté droit, car le décubitus dorsal et le décubitus latéral gauche sont absolument impossibles.

La poitrine est bombée; les creux sus-claviculaires, disparus.

Percussion. — La percussion du thorax n'indique rien d'anormal.

Il en est de même de la palpation.

Crachats muqueux, aérés, sans caractères.

La pression, pratiquée à gauche, surtout au niveau de la partie moyenne du thorax, dans les espaces intercostaux, détermine une vive douleur.

Auscultation. — Quelques râles vibrants et muqueux dans les deux poumons. Râles crépitants dans le poumon gauche, en arrière, à la partie moyenne; à ce niveau, respiration soufflante très-nette.

Même caractère de la respiration à droite, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Sur les parties latérales du thorax, à gauche et à droite, on constate, en quelques autres points, de l'expiration soufflante et des râles crépitants.

Cœur. — Sain. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Foie. — Un peu augmenté de volume.

Douleurs, à la pression, dans la région hépatique.

Urines. — Contiennent du mucus et un peu d'albumine.

La peau est sèche et très-chaude. T. A., 40°,1. Pouls petit, régulier, très-fréquent. Appétit nul. Langue blanche, saburrale. Etat nauséeux; constipation. Le malade répond très-bien aux questions qu'on lui adresse; il affirme ne pas avoir de délire la nuit.

Traitement. — Six ventouses scarifiées sur la région douloureuse. Potion avec 30 grammes de sirop de morphine et 30 centigrammes de tartre stibié. Infusion de fleurs de mauve.

4 *mars.* — Il y a eu de nombreux vomissements. Le point de côté est beaucoup moins violent. La température axillaire est moins élevée, 38°,5. On continue la potion.

5 *mars.* — Il n'y a eu ni vomissements ni diarrhée. La poitrine est remplie de râles ronflants et sibilants. On entend toujours très-nettement, à droite et à gauche, à la partie moyenne et postérieure du poumon, du souffle et des râles crépitants. On perçoit également les mêmes phénomènes stéthoscopiques sur les parties latérales du thorax.

L'expectoration n'a pas changé de caractère. On continue la potion.

6 *mars.* — T. A., 38°,6. La peau, à la visite du matin, est couverte de moiteur. Le malade va mieux.

8 *mars.* — Mieux sensible. Les souffles et les râles crépitants ont diminué. On supprime la potion stibiée.

10 *mars.* — L'appétit revient. L'auscultation ne fait entendre que des râles de bronchite. La douleur du côté a disparu complétement. Pas d'épanchement pleurétique.

Le 20 mars, le malade part pour Vincennes, convalescent.

Obs. LXXX. — *Pleuro-pneumonie. — Hémoptysies abondantes antérieures. — Guérison rapide. — Absence de signes de tuberculose.*

Le nommé D... Louis, 45 ans, typographe.

Entré le 1er février 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 20.

Antécédents. — Cet homme est âgé de 45 ans.

Ouvrier typographe de son état, il avoue avoir abusé un peu de l'alcool. — Il a été, pendant quelque temps, sujet aux pituites, le matin.

En 1875, il a eu des crachements de sang abondants qui survinrent sans cause bien appréciable. Le sang expectoré était un sang rutilant, aéré; l'expectoration sanguine s'accompagnait d'un léger sentiment de chaleur dans la poitrine : en somme, il paraît bien avoir existé des hémoptysies véritables. La première fois, il dit avoir rendu un litre de sang environ, et il aurait continué quelques jours après à en expectorer encore des quantités assez notables. Toutefois, ces hémoptysies ne lui firent pas prendre le lit, et il put continuer son travail.

A part ces accidents, il dit s'être toujours bien porté et avoir toujours joui d'une robuste constitution.

Pas de syphilis. Rien à noter de particulier du côté de ses parents. Il est marié, mais n'a pas d'enfants.

Il y a 3 jours, il ressentit du malaise, fut courbaturé : il continua son ouvrage, il est vrai, mais sans entrain; il fut obligé de s'arrêter, souffrant d'un lumbago du côté gauche.

La nuit, il fut pris de fièvre, d'un peu de délire; mais il ne se rappelle pas avoir eu de frisson.

Le lendemain matin, il eut un point de côté très-douloureux au niveau du septième espace intercostal gauche.

Bientôt , il se mit à tousser , à cracher; ses crachats avaient une couleur rouillée, particulière.

L'appétit était complétement perdu; il vomit de la bile et des aliments.

La dyspnée allant en augmentant, et le malade ressentant des douleurs dans toutes les jointures, il se décide à entrer à l'hôpital le 1er février 1877.

1er *février soir. Etat actuel.* — C'est un homme grand,

vigoureux, quoique un peu fatigué. Son visage est vultueux; la pommette gauche est plus colorée que la droite.

Son corps est couvert de sueurs, et bientôt on le voit pris d'un frisson assez prolongé (une demi-heure environ).

Il se couche de préférence sur le côté droit.

Sa peau est jaunâtre; il en est de même de ses sclérotiques.

Dyspnée assez intense, il est obligé de s'arrêter de temps en temps en parlant.

Point de côté dans le 7e espace intercostal gauche; cette douleur est permanente, avec élancements; elle est augmentée par la pression dans certaines régions (point xiphoïdien) ; pas de point vertébral.

Le malade éprouve un sentiment de brisement général.

La langue est blanche, l'appétit nul; soif vive; constipation.

Foie un peu gros. Il dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt.

La rate est saine.

Un peu d'œdème des membres inférieurs.

Crachats. — Jus de pruneaux, adhérents, non aérés.

Percussion. — A gauche, submatité au milieu du thorax et en arrière; matité complète en bas. Son normal en avant, un peu exagéré pourtant sous la clavicule.

A droite, son normal.

Le côté gauche ne se dilate pas aussi amplement que le droit pendant l'inspiration.

Auscultation (poumon gauche). — Râles crépitants nombreux dans toute la partie où l'on a constaté de la submatité. Souffle tubaire très-fort dans les points où la matité était complète.

Plus bas, le souffle est large, voilé, profond. On l'entend aussi sur les parties latérales du thorax avec ce même timbre.

Bronchophonie en haut.

Tout à fait dans le bas, broncho-égophonie, qui se perçoit aussi sur les parties latérales déclives.

Rien de particulier à noter dans le reste de l'appareil respiratoire.

Palpation. — Augmentation des vibrations thoraciques au niveau de la submatité.

Diminution légère de ces vibrations là où il y a de la broncho-égophonie.

Cœur sain. — Pouls, 120. — T., 39°,6. — R., 38.

Urine peu abondante, foncée, rouge. Par l'acide nitrique, très-léger nuage d'albumine au-dessous d'un diaphragme d'acide urique.

Traitement. — M. Vulpian fait appliquer huit ventouses scarifiées sur le côté gauche de la poitrine en arrière et en bas. Il ordonne : potion avec 30 centigr. de tartre stibié et 30 grammes de sirop d'opium. Diète.

2 *février.* — Les râles crépitants ont augmenté en intensité et en étendue; le souffle a un peu diminué en bas de la poitrine.

Souffle très-rude à la partie externe de l'angle de l'omoplate gauche.

Le point de côté a presque disparu pendant la nuit.

Il y a eu une diarrhée abondante et des vomissements pendant toute la journée. Ils ont cessé pendant la nuit.

Le malade se sent mieux; il tousse peu.

T., 38°,8; P., 120; R., 32 (8 ventouses scarifiées dans la même région du côté gauche). On continue la potion stibiée.

3 *février.* — T., 37°,6; P., 90; R., 28.

Plus de point de côté. Le malade se sent beaucoup mieux; il crache avec difficulté. Les crachats sont plus verdâtres, moins rouillés et moins adhérents.

Le souffle a presque disparu.

Râles crépitants de retour au niveau de l'angle de l'omoplate gauche.

Frottements nombreux imitant le râle sous-crépitant en bas. On continue la potion stibiée.

4 février. — Frottements en bas de la poitrine.

Râles crépitants de retour au niveau de l'omoplate.

Crachats verdâtres, non rouillés, non adhérents. On supprime la potion. Le malade commence à manger.

6 *février.* — Il n'y a presque plus de frottements ni de râles.

Matité considérablement diminuée. Le malade se sent très-bien. Crachats de bronchite simple.

10 *février.* — Le mieux continue; le malade reste levé une partie de la journée.

15 *février.* — Plus de râles.

23 *février.* — Le malade quitte l'hôpital guéri.

Obs. LXXXI. — ***Pleuro-pneumonie chez un homme soumis, quelques années avant, à l'intoxication palustre. — Régularité cyclique de la fièvre. — Guérison. — Courbe de l'urée dans la convalescence.***

Le nommé B..., 27 ans, garçon fruitier.

Entré le 1er mars 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 15.

Antécédents. — En 1868, ce malade contracta, pendant son séjour en Afrique, les fièvres intermittentes. Cette première atteinte dura plus d'une année. Traitement par le sulfate de quinine. La fièvre, qui ne paraît pas avoir eu de complications particulières, revenait tous les deux jours, dans l'après-midi. L'accès durait une partie de la nuit.

Revenu à Paris, où il a toujours habité depuis, il eut une nouvelle attaque de fièvre intermittente il y a un an et demi : elle ne dura que quelques jours, grâce à un traitement approprié.

Il y a 4 mois, une nouvelle attaque se montra et fut aussitôt arrêtée par le sulfate de quinine.

21 *février*. — *Maladie actuelle*. — Il y a 8 jours, cet homme, étant chargé d'un fardeau, fit une chute dans un escalier. Le coup porta sur le côté gauche du thorax.

Pendant les cinq jours qui suivirent, il ne se ressentit point de cette chute, et sa santé fut excellente, comme auparavant. Interrogé avec insistance sur ce point, le malade est très-affirmatif.

Le 27 février, vers 3 heures de l'après-midi, il est pris d'un frisson intense, avec malaise, courbature, fièvre. L'état fébrile dura jusqu'au matin du 1er mars, sans interruption.

Dans la nuit du 1er mars au 2 mars, il eut un point de côté à droite, un peu en arrière du thorax, et le lendemain, à partir de midi, il se mit à tousser.

Ce même jour, il eut une hémoptysie. Il rendit environ un plein crachoir de sang.

Bientôt il survint une dyspnée considérable, ce qui le décida à entrer à l'hôpital.

État actuel (2 *mars*). — La face est animée; les mouvements respiratoires, précipités; le malade présente une grande agitation et n'a pas dormi depuis deux nuits.

Il tousse beaucoup, mais ne crache presque pas. Les crachats expectorés sont filants, visqueux, jaunâtres. Ils adhèrent fortement au crachoir.

L'examen de la poitrine révèle les phénomènes suivants :

En avant, la percussion donne une sonorité un peu exagérée. A droite du thorax, la tonalité est plus basse qu'à gauche.

En arrière, le côté droit est absolument mat dans toute sa hauteur.

A gauche et en arrière, il y a une légère submatité occupant le 1/3 inférieur du poumon.

Auscultation. — Du côté droit de la poitrine, on perçoit du souffle dans toute la hauteur du poumon, en arrière. Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, ce souffle est rude, presque tubaire; dans le reste de l'étendue du poumon, il est plus voilé, et surtout manifeste à l'expiration.

Retentissement bronchophonique de la voix, au niveau de la racine des bronches du côté droit. En cette même région, râles crépitants nombreux. Dans le reste de l'étendue du poumon, broncho-égophonie. Diminution notable des vibrations thoraciques.

A gauche, on entend, en bas, un souffle doux et de l'égophonie occupant tout ce côté jusqu'à la ligne axillaire postérieure, mais ce bruit égophonique est très-faible et paraît dû à la propagation de celui du côté droit.

T. A., 40°,3. — Pouls 136. Urines rares, foncées en couleur; ni albumine, ni sucre.

L'appétit est nul. État gastrique très-prononcé. Constipation.

Traitement. — On fait appliquer huit ventouses scarifiées sur la base de la poitrine, du côté droit.

Potion gommeuse avec 30 centigrammes de tartre stibié.

3 *mars.* — T. A., 40°,1; selles nombreuses la veille et plusieurs vomissements. Le malade a la peau très-sèche. Les nuits sont agitées. La température du soir est égale à celle du matin. Même potion. Vésicatoire sur le côté droit du thorax, en arrière.

4 *mars.* — Un peu d'amélioration : cependant, la nuit, il y a encore du délire.

5 *mars.* — T. A., 39°,4. Le délire continue encore pendant la nuit; toutefois le malade est moins agité. Potion stibiée.

6 *mars.* — L'expectoration est presque nulle. Le souffle, au niveau de la racine des bronches, est beaucoup moins fort.

7 *mars*. — Délire très-modéré pendant la nuit.

10 *mars*. — Le souffle pleuro-pneumonique a disparu. Il est remplacé par des râles crépitants abondants. On supprime la potion stibiée. Les jours suivants, on constate une amélioration progressive.

20 *mars*. — Les râles crépitants vont diminuant tous les jours.

30 *mars*. — Le malade est en pleine convalescence. Pendant toute la durée de sa pleuro-pneumonie, il n'a pas eu d'accès fébriles véritablement intermittents; la fièvre a suivi sa marche cyclique habituelle.

1er *avril*. — L'appétit est bon, ainsi que le sommeil.

Le malade sort guéri le 3 avril.

Pleuro-Pneumonie. — *Dosage de l'urée.*

DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures	DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.
Mars		litres.	grammes.			litres.	grammes.
11	1 portion.	1,33	18,868	22	2 portions.	1, »	15,372
12	Id.	2,50	39,025	25	Id.	1, »	16,653
13	2 portions.	1, »	16,930	28	Id.	1, »	15,372
14	Id.	1,25	16,275	29	4 portions.	1,50	13,440
15	Id.	1,75	14,801	31	Id.	1, »	11,529
				Avril			
19	Id.	2,25	17,293	2	2 portions.	1,50	19,215
20	Id.	1, »	15,651	3	Id.	1,50	19,215

Observations faites à la température de 15°.

Obs. LXXXII. — *Pleurésie aiguë passée à l'état chronique. — État général cachectique. — Sueurs nocturnes abondantes. — Thoracentèse. — Disparition des sueurs par le sulfate d'atropine.*

Le nommé S..., Michel, âgé de 40 ans, gardien de la paix.

Entré le 3 avril 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 17.

D'une bonne santé ordinaire, il n'a jamais eu de maladie sérieuse.

Il nie tout antécédent alcoolique et syphilitique. Vers le commencement du mois de février 1877, il ressentit, à la suite d'un refroidissement (il avait eu froid en montant une garde), un point de côté à droite sous le mamelon.

En même temps, il était mal en train, et il avait quelques légers frissons. — Ce point de côté disparut, mais les jours suivants il revint plusieurs fois; par moments, ce point de côté était très-violent et le faisait beaucoup souffrir.

A partir de cette époque, il éprouva, presque tous les soirs, des frissons légers; il était courbaturé; il avait perdu l'appétit. Cet état, dont le malade n'a gardé qu'un vague souvenir, dura environ un mois. — Le 23 février, il eut un frisson intense, prolongé, qui dura presque sans interruption jusqu'au lendemain. — Depuis lors, il a une toux sèche, pénible, mais sans expectoration. La dyspnée alla croissant; l'appétit se perdit complétement : le malade s'affaiblit de plus en plus; il fut pris de sueurs nocturnes qui allèrent en augmentant jusqu'à son entrée à l'hôpital le 3 avril 1877.

État actuel. — C'est un homme grand. Il est assez maigre; il dit avoir surtout maigri depuis 15 jours.

Toute sa surface cutanée est pâle, décolorée; la face est même un peu terreuse.

Le malade se couche de préférence sur le côté droit.

Il est en proie à une dyspnée assez intense; il tousse; sa toux est sèche, pénible; mais il n'expectore pas.

Le côté droit du thorax paraît un peu augmenté de volume.

Mensuration. { 0,42. C droite à la partie moyenne du thorax.
0,39. C gauche.

Palpation. — Absence complète des vibrations thoraciques dans les 2/3 inférieurs du poumon droit, en arrière, et dans le 1/3 inférieur en avant.

Percussion. — Matité à droite, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du poumon.

En avant, en haut et à droite, sonorité exagérée ; en avant, en bas et à droite, matité.

Son normal dans toute l'étendue du poumon gauche.

Auscultation. — Souffle doux en haut, en avant et à droite. Souffle expiratoire dans les 2/3 supérieurs du poumon droit en arrière. Égophonie très-marquée vers la partie moyenne du poumon droit en arrière. Pas de frottements.

Rien à gauche.

Le *cœur*, le *foie*, la *rate* paraissent sains.

L'appétit est presque complétement perdu.

Pas de diarrhée.

Le malade sue la nuit. T. A. : { soir, 38° ; matin, 37°, 8.

Le pouls est petit, régulier.

L'urine est claire et ne contient ni albumine, ni sucre.

Traitement. — Tout le côté droit du thorax, aussi bien en avant qu'en arrière, offre la trace de nombreux vésicatoires.

On met simplement le malade à la diète lactée, les 4, 5, 6, 7, 8 avril.

Le malade maigrit, pâlit, s'affaiblit de plus en plus.

Les sueurs nocturnes augmentent ; l'appétit se perd complétement.

L'épanchement, loin de diminuer, augmente plutôt.

T. A. : { soir, 38. P. à 38.
matin, 38. à 37°, 8.

Le 9 avril, M. Duguet (remplaçant M. Vulpian depuis trois semaines) se décide à pratiquer la thoracentèse avec l'appareil Potain.

La ponction est faite, par le procédé habituel. Il s'écoule un litre 1/2 d'un liquide parfaitement clair, limpide, fortement fibrineux. On a ainsi enlevé à peu près la moitié de l'épanchement. Pendant l'opération, le malade a très-peu toussé, et cette toux cesse d'ailleurs bientôt complétement. Il se sent très-soulagé et respire avec une bien plus grande facilité. Le murmure vésiculaire est revenu dans les 2/3 supérieurs du poumon; le souffle a disparu. La matité et l'absence du murmure vésiculaire n'existent plus que dans la moitié inférieure du poumon en arrière; les vibrations thoraciques ont reparu dans les 2/3 supérieurs en arrière.

Plus d'égophonie.

T. A. : { soir, 38°;
matin, 37°, 6.

Le lendemain, le malade se sent beaucoup mieux et respire avec facilité.

Les jours suivants, l'appétit revient, le malade engraisse un peu, reprend des couleurs. Toutefois, ce qui reste de liquide dans la plèvre ne se résorbe qu'avec une extrême lenteur.

17 *avril.* — Apparition de quelques frottements, au niveau de la partie moyenne de l'omoplate.

18 et 19. — Les frottements deviennent de plus en plus nets; les vibrations thoraciques augmentent et commencent à se percevoir dans la moitié inférieure en arrière; la matité diminue.

L'état général du malade devient de plus en plus satisfaisant. On donne du vin de quinquina.

Mieux continu.

25. — Les frottements sont très-nets en bas.

Le malade se plaint d'un léger point de côté.

1er *mai.* — Les frottements sont excessivement forts aux deux temps; le malade lui-même les sent.

Encore une très-légère égophonie en bas.

Sueurs nocturnes très-abondantes depuis 3 jours. Le malade change deux fois de chemise pendant la nuit.

4. — 2 pilules de sulfate d'atropine de 1/2 milligramme, à prendre le soir, 3 heures après le repas, à 1 heure d'intervalle.

5. — Le malade n'a presque pas sué la nuit précédente. On continue les pilules de sulfate d'atropine.

6. — Pas de sueurs pendant la nuit.

15. — Plus de sueurs nocturnes : il y a quatre ou cinq jours que l'on a supprimé les pilules de sulfate d'atropine.

Le malade reprend, engraisse; les frottements, de plus en plus nets aux 2 temps, sont absolument comparables au bruit de l'amidon que l'on broie. Badigeonnages de teinture d'iode sur toute la partie inférieure et postérieure du côté droit.

25. — Les frottements diminuent.

31. — Frottements presque imperceptibles; on ne les entend guère qu'à l'inspiration, sous forme de râles.

Le malade se dit complétement remis : il mange avec un grand appétit; il a engraissé et repris ses couleurs.

Sort le 7 juin, complétement guéri.

Obs. LXXXIII. — *Pleurésie traumatique sans fracture de côtes. — Point de côté violent. — Pleurésie sèche. — Guérison.*

Le nommé E... Richard, âgé de 75 ans, tonnelier.

Entré le 14 juin 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 30.

Renseignements. — Alcoolisme ; le malade avoue qu'il buvait beaucoup de vin et de liqueurs.

Il y a 4 jours, il reçut à la partie postérieure du thorax, à gauche, un coup de timon de voiture.

Le choc ne fut pas très-violent, et aujourd'hui on n'en voit pas la trace sur la peau.

Mais, 3 ou 4 heures après avoir reçu ce coup, il ressentit à l'endroit frappé un point de côté, qui devint bientôt très-violent et gêna considérablement les mouvements respiratoires en les rendant très-douloureux. Les efforts, la toux sont également douloureux.

En même temps, il éprouva un léger malaise et un peu de frisson; soif assez vive.

État actuel. — Le malade ne paraît souffrir que de son point de côté; il lui rend toute espèce de mouvements très-douloureux.

La pression à ce niveau, c'est-à-dire à la base du poumon gauche, en arrière, est très-pénible.

On ne constate ni fracture de côte, ni lésions traumatiques, d'une autre sorte. Mais, en mettant la main à plat et en faisant faire de fortes inspirations, on perçoit un frottement très-net, en tout semblable au frottement pleurétique.

L'auscultation le fait entendre également, et l'on constate alors qu'il n'occupe qu'une partie limitée de la base du poumon, en arrière. Il ne s'entend bien nettement que dans l'étendue de la paume de la main, au point même où siége la douleur. Ce frottement est perçu aux deux temps de la respiration, principalement dans l'inspiration.

On ne note pas d'autres signes stéthoscopiques.

La *percussion* est vraiment impossible, à cause de l'intensité de la douleur.

Le reste de la poitrine ne présente rien de particulier.

Etat général. — Pas de fièvre. — Pouls, 68. T. A., 37°.

Les artères sont athéromateuses.

L'appétit est bon. — La langue est à peine blanchâtre.

Pas de toux ni d'expectoration.

Traitement. — On applique six ventouses scarifiées sur le côté gauche, dans la région où siége le point de côté. Chiendent nitré.

18 *juin.* — Le point de côté est encore très-douloureux. On applique à ce niveau un vésicatoire de $0^m,12$ de diamètre.

22 *juin.* — Encore de la douleur et des frottements. Injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine.

25 *juin.* — Le malade va mieux ; les frottements ont beaucoup diminué.

30 *juin.* — Le point de côté a disparu. L'appétit est excellent.

Le malade quitte l'hôpital, le 5 juillet, complétement guéri. Les frottements ne se percoivent plus.

Obs. LXXXIV. — *Pleurésie traumatique, avec fracture de côtes. — Point de côté violent. — Léger épanchement. — Guérison.*

Le nommé J... Charles, âgé de 54 ans, cocher.

Entré le 11 janvier 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 19.

Le 1er janvier 1877, cet homme fut précipité de son siége et jeté sur le trottoir des Invalides.

Deux côtes furent fracturées (7e et 8e du côté droit, au-dessous de l'aisselle).

Le malade se soigna chez lui ; mais, quelques jours après, il se mit à tousser et fut pris, dit-il, d'une fièvre intense.

Cinq jours plus tard, il tomba dans un escalier et se fit à la région frontale gauche, au genou gauche, etc., de violentes contusions. — Le lendemain, il eut un délire furieux, violent, qui dura environ 2 à 3 jours.

Le 11 janvier 1877, il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — A son entrée, on constate que le malade est un homme très-vigoureux ; il garde le décubitus dorsal. Il tousse assez fréquemment, mais ne crache pas. Cette toux le fait souffrir énormement dans le côté droit (région

mammaire inférieure). Point de côté persistant au même niveau.

Dyspnée légère.

Inappétence. Langue blanche; soif ardente; pouls, 80; température : matin, 38°, 5; soir, 38°, 4.

L'inspection du thorax ne montre rien de particulier. — Vestiges de ventouses scarifiées, appliquées récemment à la partie droite, inférieure et latérale du thorax.

Palpation. — Diminution des vibrations thoraciques en bas, en arrière et à droite.

En appliquant la main à plat sur la partie latérale droite du thorax, et en faisant tousser le malade, on sent nettement la crépitation des fractures de côtes.

Percussion. — *En avant* et *à droite*, normale. — Matité en bas et en arrière. *A gauche*, rien de particulier à noter.

Auscultation. — *En avant* et *à droite*, râles ronflants, sibilants, quelquefois sous-crépitants (sous l'aisselle); congestion pulmonaire.

En arrière et *à droite*, respiration soufflante ou même souffle à l'expiration; râles sous-crépitants à forme de frottements dans toute la partie inférieure du thorax de ce côté. A ce même niveau, souffle léger, large : un peu d'égophonie.

A gauche. — Quelques râles sous-crépitants disséminés.

Cœur. — Normal.

Foie. — Normal. Ni sucre ni albumine dans l'urine.

Traitement. — On applique sur le côté droit du thorax, tout autour des points où les côtes sont fracturées, en arrière et en bas du même côté, des ventouses scarifiées (dix). Bandage de corps serré, après les ventouses.

13 *janvier.* — Le malade a beaucoup souffert du côte pendant la nuit. Il a énormément toussé, et cette toux l'a beaucoup fatigué. Pouls, 80. Respiration, 40.

Température : { matin, 38°, 2 ;
{ soir, 37°, 6.

On n'entend plus de souffle.

Julep gommeux avec 30 grammes de sirop d'opium.

8 ventouses scarifiées sur le point douloureux.

14 *janvier.* — Cette fois, l'application des ventouses a beaucoup soulagé le malade.

Il tousse très-peu. Plus de dyspnée. L'appétit renaît. Pouls, 80. Respiration, 30.

Température : { matin, 37°, 9 ;
{ soir, 37°, 7.

Bandage de corps avec du diachylon.

16 *janvier.* — Le malade est beaucoup mieux.

Les râles ont disparu à gauche.

Submatité persiste en bas et à droite ; elle paraît même avoir augmenté.

20 *janvier.* — Œdème assez léger des jambes. On donne du vin de quinquina.

21 *janvier.* — L'examen du cœur, pratiqué de nouveau, est négatif ; les urines sont normales.

24 *janvier.* — Le malade entre en pleine convalescence ; il sort guéri, au bout de quelques jours, souffrant cependant encore un peu, au niveau des côtes fracturées.

Obs. LXXXV. — *Pleurésie aiguë ayant duré environ trois semaines chez un malade alcoolique, atteint de tuberculose chronique à marche extrêmement lente. — Guérison de la pleurésie.*

Le nommé Jean P..., âgé de 41 ans, garçon d'hôtel.

Entré le 26 avril 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 30.

Renseignements. — Ce malade, âgé de 41 ans, Auvergnat, est garçon d'hôtel.

Rien à noter du côté de ses parents. Il a deux enfants bien portants.

Il a bu énormément, il y a 4 ans (vin et absinthe). Actuellement, il boit par jour un ou deux verres de rhum.

Ses mains tremblent souvent, surtout le matin.

Dès sa jeunesse, il dit avoir eu la respiration courte, difficile; à l'âge de 10 ans, il toussait et crachait beaucoup.

Il était sujet aux névralgies, et il fut pris, de temps en temps, de douleurs dans les genoux.

A 21 ans, il eut une blennorrhagie suivie d'une orchite, qui d'ailleurs guérit complétement en 1 mois.

De temps à autre, il a du lumbago.

Il y a 6 ans, il eut, dans l'aine gauche, un abcès froid diagnostiqué « abcès froid symptomatique d'une carie de l'os iliaque », par M. Gosselin, dans le service duquel il resta 15 jours. Cet abcès fut ponctionné avec l'appareil aspirateur, et il en sortit environ plein un crachoir de pus.

Chaque fois qu'il fait un léger excès, sa dyspnée habituelle augmente. Il a des vomissements bilieux, surtout le matin.

Il y a un an, il s'aperçut qu'il y avait quelques filets sanglants dans ses crachats.

Il y a 6 mois, il fut pris de vomissements bilieux, de points de côté en avant de la poitrine, et d'une violente dyspnée.

Il entra dans le service de M. Woillez. On lui appliqua des ventouses, des vésicatoires. — Il en sortit remis, au bout de 3 semaines environ.

Il y a 5 jours, il se sentit indisposé, fut pris de fièvre, de nausées et perdit complétement l'appétit.

Il y a 2 jours, à la suite des quintes de toux, il fut pris de vomissements qui durèrent toute la journée et la nuit. En même temps, la dyspnée augmenta, et il eut des douleurs dans les côtés. — Le 26 avril 1877, il entre à l'hôpital.

État actuel. — C'est un homme grand, maigre, à poitrine un peu étroite. Il est couché sur le côté droit.

Poumon. — *Percussion*, matité aux deux sommets en avant et en arrière.

Submatité dans la moitié inférieure du côté gauche du thorax, en bas et en arrière.

Palpation. — Diminution des vibrations thoraciques dans la moitié inférieure et postérieure du côté gauche.

Auscultation. — Respiration rude, soufflante; expiration prolongée aux deux sommets, en avant et en arrière, mais surtout à gauche.

Souffle léger à l'expiration, vers la partie moyenne du poumon gauche, en arrière. — Égophonie au même niveau.

Le malade a un point de côté douloureux, à gauche, en avant, vers la partie moyenne du poumon.

Cœur. — Les battements sont un peu sourds; pas de souffle.

Les artères radiales sont athéromateuses.

Foie. — Il dépasse les fausses côtes de trois travers de doigts. La percussion de cet organe est douloureuse.

Rate, grosse, douloureuse à la percussion.

L'*appétit* est perdu; le malade dort mal et rêve de temps à autre. — Il a des pituites le matin. — Quand on lui fait étendre les mains, elles tremblent.

L'*urine*, un peu foncée, ne contient ni albumine ni sucre.

Traitement. — 27 *avril.* — Large vésicatoire à la partie inférieure du thorax, à gauche et en arrière. Julep gommeux avec sirop de morphine et dix grammes d'oxymel scillitique.

L'épanchement augmente un peu.

28 *avril.* — Fièvre intense et sueurs abondantes, le soir.

Le malade souffre beaucoup dans le côté gauche.

8 *ventouses scarifiées.*

29, 30 *avril.* — La fièvre augmente; le malade sue abondamment la nuit. Le point de côté persiste. Toux continuelle; crachats spumeux, purulents, rouillés.

Broncho-égophonie; souffle voilé, métallique à la partie moyenne du poumon gauche.

Râles sibilants et sous-crépitants dans toute l'étendue du poumon. La matité augmente en bas.

1er *mai.* — La fièvre est moins vive. Diminution de la matité, du souffle, de l'égophonie. Apparition de frottements, de râles sous-crépitants fins.

13 *mai.* — Plus de souffle; très-légère matité et égophonie, frottements un peu plus nets.

15 *mai.* — Quitte l'hôpital ce jour. L'état général est meilleur. La pleurésie a disparu, mais les signes de tuberculose chronique persistent.

Obs. LXXXVI. — ***Tuberculisation granuleuse aiguë généralisée.** — Phénomènes cliniques rappelant ceux de la fièvre typhoïde et de la bronchite capillaire.* — ***Marche rapide des accidents.** — **Albuminurie très-abondante.** — Mort. — **Résultat de l'autopsie.***

La nommée L. Émélie, âgée de 33 ans.

Entrée le 11 mai 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 18.

La mère est morte de phthisie pulmonaire; son père aurait succombé au chagrin.

Sa sœur est probablement atteinte aussi de tubercules pulmonaires, d'après ce que dit la malade.

Elle a toujours eu une bonne santé; mais pourtant on relève dans son histoire quelques antécédents scrofuleux, tels qu'ophthalmies, dartres, engelures, crevasses, engorgements ganglionnaires.

Jamais de pertes blanches; elle a été réglée à 16 ans.

Ni enfants, ni fausses couches. Bien réglée jusque dans ces derniers temps.

Depuis 6 mois, elle a maigri beaucoup. En outre, il y a eu affaiblissement progressif des forces.

Elle aurait souvent des sueurs abondantes, surtout la nuit.

État actuel. — Peau fine, blanche, avec dessin variqueux des vaisseaux. La face est très-congestionnée. La malade se plaint surtout d'un grand degré d'affaiblissement. C'est à peine si elle peut parler. La voix est faible, cassée. Dyspnée extrême. Peau sèche.

Fièvre vive; température dépassant 40°.

30 à 35 respirations par minute, s'accroissant de nombre au moindre mouvement, au moindre effort que fait la malade pour se lever. Elle se plaint sans cesse.

La langue est sèche, rouge sur les bords. Fuliginosités abondantes sur les lèvres et les dents. Aspect typhique. Ventre un peu ballonné, non douloureux à la pression.

L'intelligence paraît assez bien conservée. Lenteur extrême des réponses. Pas de strabisme; pas de paralysie.

Anorexie complète; constipation.

La percussion de la poitrine ne décèle rien d'anormal; peut-être existe-t-il un peu de submatité au sommet gauche du poumon, sous la clavicule.

L'auscultation fait entendre, dans toute la hauteur du thorax, aussi bien en avant qu'en arrière, une grande quantité de râles sous-crépitants fins. Ceux-ci sont surtout abondants aux sommets et aux bases des poumons.

Expectoration, nulle. Examen du ventre, négatif.

L'urine contient de l'albumine en très-grande proportion.

Traitement. — On ordonne : ventouses sèches sur toute la surface du thorax, en avant et en arrière. — Potion gommeuse avec 5 centigr. d'extrait thébaïque.

13 *mai.* — L'état asphyxique est encore plus marqué que la veille : la malade est obligée de rester assise sur son lit. La face est d'un pâle bleuâtre; les lèvres, la langue sont fortement cyanosées. T. A., 39°, 8. Il existe toujours de l'albumine, en abondance, dans les urines. Nouvelle application de ventouses sèches sur le thorax. — Sinapismes sur les membres inférieurs.

14 *mai.* — Les nuits se passent sans sommeil; la malade se plaint continuellement. Même état dyspnéique.

15 *mai.* — État asphyxique imminent. Langue sèche, comme rôtie. — Fuliginosités abondantes sur les lèvres, les gencives. — Potion avec deux grammes d'extrait mou de quinquina.

16, 17, 18 *mai.* — Même état.

19 *mai.* — Amaigrissement très-rapide. Dyspnée continuelle.

20 *mai.* — La malade est dans le coma; elle meurt, la nuit.

Autopsie, faite le 22 mai 1877. — *Cavité thoracique.* — Pas de liquide dans la plèvre.

Poumons. — Le poumon gauche est congestionné dans toute sa hauteur. Sur la plèvre viscérale, on remarque une grande quantité de granulations, confluentes par leur nombre; la plupart sont demi-transparentes ou tout à fait transparentes, et ont tout au plus le volume d'un grain de millet; quelques-unes sont franchement grises; ce sont les plus petites et les plus nombreuses; d'autres, en voie de caséification; celles-là, en très-petit nombre, sont marquées au centre d'un point jaunâtre.

Sur une coupe transversale comprenant toute la hauteur du poumon, on trouve cette même série de granulations confluentes, ayant le double aspect indiqué plus haut.

Pas de pneumonie lobulaire, ni de noyaux apoplectiques; sur les coupes horizontales et transversales, même quantité de granulations.

En résumé, le poumon est farci dans toute son épaisseur de tubercules transparents ou semi-transparents.

Quelques lobules pulmonaires sont emphysémateux, surtout dans les *lobes supérieurs.*

Masse caséeuse, molle comme du mortier, ayant le vo-

lume d'une grosse noisette, située au sommet du poumon gauche.

Poumon droit. — Même aspect, mais les granulations sont encore plus nombreuses. Pas de lésions caséeuses au sommet.

Cœur. — Tissu mou; l'organe est petit, rempli de caillots sanguins, noirâtres; pas d'endocardite, ni d'inflammation de l'aorte ou du péricarde; pas de liquide épanché; pas de granulations soit sous le péricarde, soit dans le myocarde.

Cavité abdominale. Foie. — Capsule de Glisson un peu épaissie; pas de granulations. L'organe hépatique est assez volumineux, décoloré et un peu gras; sur des coupes transversales, on trouve quelques granulations tuberculeuses très-rares; elles sont transparentes, et elles ont le volume des grains de mil.

Rein gauche. — Volume normal; l'enveloppe s'enlève avec difficulté, et on constate, à la surface externe, des granulations nombreuses, semblables, comme volume et comme aspect, à celles des poumons. Sur la coupe faite du bord convexe au hile, parallèlement aux faces de l'organe, le tissu, noirâtre, est très-congestionné. Il renferme quelques granulations. Dans le rein droit, même aspect; il est encore un peu plus congestionné que le précédent.

Rate. — Un peu volumineuse.

Tissu assez résistant. Enveloppe fibreuse épaissie. Quelques plaques de périsplénite. Pas de granulations.

Péritoine. — Pas de granulations. Pas d'ascite.

Intestins et appareil utérin. — Normaux.

Boîte crânienne. — Méninges congestionnées; pas de granulations dans la pie-mère : on a examiné avec soin toutes les anfractuosités de la surface cérébrale, en particulier la scissure de Sylvius, sans trouver la moindre granula-

tion. Substance grise légèrement congestionnée, un peu œdémateuse.

Obs. LXXXVII. — *Tuberculose pulmonaire à marche rapide. — Troubles névropathiques au début de la maladie. — Emploi des douches froides, à cette époque, comme traitement. Tuberculose galopante, survenant consécutivement. — Mort.*

La nommée B... Hortense, âgé de 26 ans, demoiselle de magasin.

Entrée le 2 février 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 2.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 26 ans, a été réglée à 15 ans et toujours très-régulièrement.

Comme antécédents, elle aurait eu des manifestations de scrofule : du gonflement des glandes sous-maxillaires, des maux d'yeux. Elle n'a jamais été atteinte de rhumatisme. En outre, elle a eu des attaques de nerfs, sans perte de connaissance. Sa sœur, qui est dans le service, plus jeune de quelques années, est franchement scrofuleuse.

Depuis trois ou quatre mois, cette malade s'était considérablement affaiblie, et elle offrait, paraît-il, une anémie profonde. Pour traitement, un médecin de la ville lui ordonna des douches d'eau froide.

A la suite de ces douches, elle se mit à tousser. La toux, d'abord sèche, fut bientôt suivie d'expectoration ; mais cette expectoration était peu abondante et sans caractères significatifs.

Depuis ce temps, la malade s'est affaiblie progressivement. Elle a perdu complétement l'appétit. Elle se plaint de palpitations très-fortes, de fièvre qui se montrerait tous les jours, de sueurs, etc.

État actuel. — La malade est de taille moyenne, assez maigre. Facies pâle, un peu bleuâtre. Aspect cachectique, fatigué. Elle se plaint de ne pas respirer librement; dyspnée continuelle; les mouvements respiratoires sont courts et

précipités; la malade ne peut rester couchée dans son lit; elle se tient constamment assise.

La peau est chaude, et on observe une fièvre continue qui augmente le soir.

La malade souffre beaucoup de la tête. Elle a des vertiges et des palpitations. Constipation. Il n'y a pas de taches sur le ventre, ni sur le dos. La langue est blanche avec des fuliginosités sur les bords, l'appétit nul.

L'auscultation montre, des deux côtés de la poitrine, en arrière, des râles muqueux et sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue des poumons, surtout à gauche. Ces râles sont beaucoup plus nombreux aux deux sommets du thorax, en avant et en arrière qu'au niveau de la base des poumons. Sous la clavicule gauche, on trouve un peu de souffle à l'expiration. En avant, mêmes râles, mais moins marqués. La percussion, non douloureuse, donne de la submatité à gauche, au sommet; dans le reste de l'étendue du thorax, on ne trouve rien de particulier à noter sous ce rapport. Expectoration muqueuse, aérée. Pas de stries de sang.

Le *cœur* est sain; souffle anémique à la base et au premier temps; souffle continu, avec renforcements, dans les vaisseaux du cou.

Le foie et la rate ont leurs dimensions normales.

L'urine est un peu foncée en couleur. Elle ne contient ni albumine, ni sucre.

Traitement. — On fait appliquer un large vésicatoire entre les deux épaules. Potion gommeuse avec 30 grammes de sirop thébaïque et 10 centigrammes de kermès. Un gramme de chloral hydraté en sirop, vers 8 heures du soir.

4 février. — La dypsnée augmente. La face est complétement bleuâtre. La malade est obligée de se tenir constamment assise dans son lit. Expectoration abondante de crachats muco-purulents. T. A., 39°, 2. Sueurs assez abon-

dantes. Insomnie opiniâtre. Il existe toujours dans la poitrine une très-grande quantité de râles.

5 *février*. — Même état; l'oppression est encore plus grande. Le ventre se ballonne; la malade va difficilement à la garde-robe.

6 *février*. — Le ventre est un peu douloureux à la pression. Constipation. Langue sèche.

7 *février*. — La dyspnée continue.

L'oppression est de plus en plus forte. Submatité au niveau des sommets des poumons, en avant et en arrière : à ce même niveau, gros râles muqueux. Céphalalgie continuelle. Des fuliginosités s'accusent aux lèvres et à la langue. Sinapismes sur les membres inférieurs. Ventouses sèches sur le pourtour du thorax.

8 *février*. — Même état; diarrhée abondante; la malade est très-oppressée; respiration pénible; le ventre est douloureux.

9 *février*. — Même état, torpeur; coma continu; la dypsnée augmente encore.

La malade meurt le 10 février 1877.

L'autopsie n'a pas pu être faite.

Obs. LXXXVIII. — *Tuberculose pulmonaire chronique à marche très-lente. — Troubles dyspeptiques très-accentués marquant le début de l'affection. — Disparition de ces troubles à mesure que l'affection pulmonaire se localise.*

La nommée R... Charlotte-Marie, âgée de 17 ans, demoiselle de magasin.

Entrée le 7 juin 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 2.

Cette malade, âgée de 17 ans, a été réglée à 13 ans et toujours très-régulièrement depuis cette époque.

Antécédents. — Elle a eu, dans son enfance, des maux d'yeux, qui ont duré longtemps. A la suite de ces maux

d'yeux, il se serait développé des opacités sur la cornée, opacités ayant réclamé une opération.

Elle a eu aussi des abcès dans l'oreille, et ces abcès ont été suivis pendant longtemps d'un écoulement de pus par le conduit auditif externe.

Elle aurait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, ayant occupé les coudes et les genoux, et ayant duré un mois environ.

Elle a été atteinte de plusieurs autres maladies sérieuses : scarlatine, rougeole. Pendant cette dernière maladie, elle aurait été prise du croup, avec angine couenneuse ; elle eut une pneumonie, il y a dix ans, et plus tard une pleurésie ; elle ne peut spécifier le côté atteint.

Enfin elle dit avoir eu, il y a deux ans, la fièvre typhoïde.

Il y a un an, la malade fut prise subitement, dans la nuit, de nausées et de vomissements. Elle rendit en abondance, d'abord de la bile, puis du sang noirâtre. Déjà, deux ans avant cette hématémèse, elle avait eu des crises gastralgiques très-vives, surtout après les repas, crises accompagnées très-souvent de vomissements alimentaires. Elle avait fréquemment, le matin surtout, des renvois acides, aigres.

Au bout de quelques mois, ces divers symptômes se sont un peu calmés ; mais il y a plusieurs semaines que ces mêmes phénomènes dyspeptiques sont revenus. Depuis un mois, les vomissements de sang se sont reproduits, jusqu'à lundi dernier. Depuis ce dernier jour, elle en a eu trois.

Ils se sont montrés toujours la nuit, et toujours ils ont été précédés de rejets de matières verdâtres et amères.

État actuel. — Femme petite, assez maigre. Teint pâle, franchement anémique.

La peau est sèche, un peu écailleuse. La malade se plaint surtout de souffrir dans le ventre. Il existe une douleur

vive, continue, au niveau du creux de l'estomac, un peu à gauche de l'appendice xiphoïde; cette douleur est lancinante parfois, et analogue à une sensation de brûlure. Elle s'exaspère par la pression et par les mouvements respiratoires un peu étendus. La malade souffre également dans le dos, au niveau des vertèbres lombaires, et elle déclare qu'à chaque crise douloureuse il lui semble qu'une flèche lui traverse l'estomac d'avant en arrière.

Outre ces douleurs fixes, elle en accuse également d'autres dans les côtes et surtout au niveau des derniers espaces intercostaux; de là partent des irradiations douloureuses dans les lombes et dans la poitrine.

La malade a maigri beaucoup; l'appétit est à peu près nul; la crainte de nouvelles douleurs l'empêche de manger; la langue est chargée; il existe de la constipation. Sueurs nocturnes abondantes.

Des palpitations très-fortes et très-fréquentes existent continuellement. La malade se plaint d'essoufflement, quand elle monte les escaliers ou qu'elle marche un peu vite; on lui a donné de la digitale autrefois.

Souvent, elle est prise d'étourdissements, de maux de tête et de vertiges; elle est obligée de s'appuyer sur les objets environnants pour ne point tomber.

Elle est très-sujette aux migraines et aux douleurs névralgiques passagères, et, chez elle, on trouve également, très-manifeste, le phénomène de la boule hystérique.

La malade tousse beaucoup.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants. La percussion du sommet droit de la poitrine est douloureuse, en avant et en arrière. Perte d'élasticité sous le doigt. Submatité assez nette.

Les mêmes phénomènes, mais moins accentués, se constatent à gauche, principalement en avant.

A l'auscultation, on entend quelques râles ronflants dans toute l'étendue du thorax; ces râles sont mêlés de quelques râles sous-crépitants. Ces derniers râles sont assez nets aux deux sommets, principalement au sommet du poumon droit. L'expiration est un peu soufflante des deux côtés, surtout au niveau des fosses sus-épineuses. Expectoration muqueuse; quelques crachats muco-purulents; pas de sang.

Le cœur, par moments, bat très-vite et très-fortement; cependant il n'existe pas de souffle organique. Il y a un souffle anémique à la base et au premier temps, et un souffle continu, très-fort, dans les vaisseaux du cou. Pouls fréquent; peau un peu chaude. La malade a souvent des sueurs la nuit.

Les jambes sont quelquefois enflées, surtout quand la malade est restée longtemps debout; aujourd'hui, on y trouve encore un peu d'œdème.

L'urine est normale, comme aspect, et ne contient ni albumine, ni sucre.

Constipation.

Traitement. — On donne à la malade 15 gr. d'huile de ricin. Tisane de fleurs pectorales. Julep avec trente grammes de sirop de tolu et 0,05 d'extrait thébaïque.

9 *juin.* — L'appétit est un peu revenu. Quelques selles, sous l'influence du purgatif. On prescrit un gramme de poudre de pepsine par jour, en deux paquets, à prendre en deux fois, un quart d'heure après chaque repas. Vin de quinquina. Même potion, à laquelle on ajoute un gramme et demi d'hypophosphite de soude.

15 *juin.* — Les douleurs gastriques sont moins vives; par contre, les signes de bronchite, aux sommets des poumons, s'accentuent. Même traitement, trois granules de Dioscoride chaque jour.

20 *juin.* — L'appétit est de nouveau disparu. Constipation opiniâtre. Lavements purgatifs.

25 *juin.* — État général amélioré. Craquements humides au sommet du poumon droit, en arrière.

30 *juin.* — La dyspepsie est, actuellement, presque nulle. On suspend la pepsine.

10 *juillet.* — Les crachats deviennent un peu plus purulents. L'examen microscopique n'y fait pas découvrir de fibres élastiques.

20 *juillet.* — Les signes d'induration se localisent et s'accentuent au sommet droit. On entend parfaitement du souffle caverneux avec des râles plus ou moins gros. La malade n'a plus de troubles digestifs. Pas de diarrhée.

Elle quitte l'hôpital le 29 juillet 1877.

Obs. LXXXIX. — *Tuberculose chronique évoluant chez une femme ayant eu autrefois des accès de fièvre intermittente. — Mort.*

La nommée B..., âgée de 24 ans.

Entrée le 11 juin 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 1.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 24 ans, a été réglée à 17 ans.

Elle l'a toujours été régulièrement jusqu'au mois de septembre dernier, époque à laquelle elle a cessé de voir ses époques.

Comme antécédents, elle n'indique aucune affection indiquant une diathèse strumeuse ou rhumatismale. Cependant, à l'âge de 6 ans, elle a été soignée pour une maladie des poumons. On lui aurait appliqué des vésicatoires.

A 14 ans, elle a eu la fièvre intermittente. Cette fièvre, dont elle ne se rappelle pas nettement le type, aurait duré plusieurs mois. Depuis lors, elle n'a pas eu de nouvelles atteintes de cette maladie.

Enfin, l'année dernière, au mois de septembre, elle fut prise d'un point de côté très-violent au-dessous du sein

droit. Elle se mit à tousser, et elle cracha trois fois du sang, environ un verre chaque fois. Elle garda le lit pendant 6 semaines. Depuis cette époque, elle a toussé toujours beaucoup; en même temps, elle est devenue de plus en plus faible. Elle est toujours essoufflée et ne peut rester quelque temps debout sans être fatiguée.

État actuel. — La malade est très-pâle. La peau est sèche; sa température est notablement élevée. Fièvre le soir, et sueur assez abondante la nuit. Par moments, la malade a des coliques peu vives, accompagnées de diarrhée. Perte de l'appétit. La toux est continuelle, très-forte et souvent suivie de vomissements, surtout quand la malade a mangé. Insomnie.

Douleurs spontanées, vagues, dans les deux côtés de la poitrine, surtout à droite. Les doigts sont hippocratiques, et l'amaigrissement est très-considérable. Il existe un peu d'œdème des membres inférieurs.

L'examen du thorax fait trouver, en arrière et aux deux sommets, de la matité complète, surtout à droite; cette matité occupe une étendue très-considérable. La percussion, à ce niveau, est très-douloureuse. Si l'on ausculte, on perçoit, à droite, un souffle très-fort, presque amphorique, dans la fosse sus-épineuse : ce souffle diminue d'intensité, à mesure qu'on descend vers la partie inférieure du poumon. En même temps que le souffle, on entend des râles nombreux, très-forts, dans presque toute l'étendue de la poitrine, et du gargouillement quand la malade tousse. Le souffle, les râles et les gargouillements existent aussi à gauche, mais dans une moindre étendue et beaucoup moins accentués. En avant, on constate aussi de la matité aux deux sommets et de la douleur à la percussion. Bruit de pot fêlé à droite sous la clavicule. A l'auscultation, souffle caverneux, râles et gargouillements, peu marqués à gauche, et très-nets à droite. Les ganglions des creux sous-

claviculaires sont engorgés des deux côtés. Expectoration purulente abondante.

Cœur. — Le cœur est sain.

L'urine est normale et ne contient ni albumine, ni sucre.

Traitement. — On ordonne : potion gommeuse avec 2 gr. d'hypophosphite de soude. Vin de quinquina. Une pilule d'extrait thébaïque de cinq centigrammes pour le soir.

20 *juin.* — L'amaigrissement est encore plus prononcé. Sueurs nocturnes très-abondantes. De temps à autre, un peu de diarrhée.

3 *juillet.* — Diarrhée assez abondante depuis plusieurs jours et coliques assez vives. La diarrhée et les coliques disparaissent par les injections hypodermiques de morphine (injection d'un centigramme de chlorhydrate de morphine dans la peau de l'abdomen).

Même état général.

28 *juillet.* — Hémoptysie abondante. Fièvre très-forte.

La malade s'affaiblit de plus en plus et *meurt* le 2 *août* 1877 ; l'autopsie n'a pu être faite.

Obs. XC. — ***Tuberculose chronique. — Pleurésie chronique du côté droit. Déformation considérable avec amplitude exagérée de ce côté droit. — Cachexie profonde simulant celle d'un cancéreux. — Ganglions sus-claviculaires droits engorgés, douloureux. — Apparition sur le côté droit du thorax, à la suite de l'application de ventouses, d'adénites avec lymphangites. — Amélioration progressive de l'état général. — Persistance des accidents locaux.***

Le nommé T..., Barthélemy, âgé de 58 ans, cordonnier. Entré le 23 décembre, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 13.

Renseignements. — Parents morts de vieillesse. Huit enfants, frères et sœurs du malade, seraient morts : six, de la fièvre typhoïde; un, de la scarlatine, et un du croup.

Jusqu'à l'âge de 20 ans, il n'a pas été malade.

A 20 ans, pneumonie pour laquelle il entra à l'Hôtel-Dieu, où il resta 15 jours.

A 46 ans, il entra à l'hôpital Cochin. Atteint d'une gastrite à cette époque, il avait des vomissements et de la diarrhée, qui durèrent une semaine; ces vomissements survenaient immédiatement après les repas. Les selles étaient sanguinolentes.

Il eut en même temps des accès de dyspnée, tellement intenses, qu'il était obligé de s'asseoir sur son lit et de dormir la tête très-élevée.

Il resta 5 mois à l'hôpital Cochin et en sortit très-amélioré.

Le 13 septembre 1876, ce malade fut pris subitement d'une douleur dans le côté droit de la poitrine; il eut une pleurésie qui dura deux mois. Depuis sa pleurésie, il est toujours alité, faible, amaigri; il a perdu l'appétit. Il tousse beaucoup et expectore abondamment. N'a jamais eu d'hémoptysie.

État actuel. — Teint cachectique, blanc terreux; amaigrissement très-notable. L'aspect général est celui d'un carcinomateux.

Le malade se tient assis sur le lit; cette position lui procure un réel soulagement et l'empêche de tousser. Dès qu'il se couche, il est oppressé et il a alors des accès de toux très-fatigants. La toux est fréquente, facile, n'occasionne pas de douleurs thoraciques, et survient surtout la nuit.

Les crachats sont abondants, aérés, blanchâtres, peu visqueux, sans odeur, sans caractères particuliers à l'examen histologique. Lorsque le malade reste calme un jour, le lendemain il rejette assez facilement, sans efforts, une quantité très-considérable de ces mêmes crachats aérés.

Voix normale.

Respiration pénible dans la position horizontale.

Examen de la cavité thoracique. Inspection. — Palpation.

— Conservation des vibrations vocales au niveau de la région inférieure latéro-postérieure du thorax, c'est-à-dire là où la déformation est le plus marquée. Ampliation notable du côté droit du thorax. L'angle postérieur des côtes droites fait une saillie considérable sous la peau.

Percussion. — *En arrière,* à droite, diminution légère de la sonorité dans le 1/3 supérieur du poumon ; matité absolue dans les 2/3 inférieurs.

En arrière et à gauche, sonorité conservée.

En avant et à droite, sonorité dans le 1/3 supérieur.

Matité dans les 2/3 inférieurs.

En avant et à gauche, sonorité.

Auscultation. Côté droit. — Râles sous-crépitants dans la fosse sous-épineuse; ces râles sont surtout manifestes après la toux. Dans la fosse sous-épineuse et près de la colonne vertébrale, souffle bronchique. Frottements disséminés dans toute l'étendue du poumon droit; il en est de même des râles sous-crépitants.

Abolition du murmure vésiculaire dans les 2/3 inférieurs du poumon.

En avant et à droite, râles sous-crépitants manifestes après la toux sous la clavicule; diminution du murmure vésiculaire dans les 2/3 inférieurs de la poitrine.

A gauche, quelques râles sous-crépitants disséminés. Conservation du murmure vésiculaire. Les ganglions du creux sus-claviculaire droit sont un peu tuméfiés, durs, roulants et douloureux.

Cœur. — Pas de palpitation. Bruits normaux. Pouls régulier, normal.

Langue propre. Appétit conservé. Selles régulières. Mictions faciles.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Pas d'œdème des membres. Insomnie. Céphalalgie légère.

Traitement. — Marche de la maladie — On donne au

malade deux cuillerées d'huile de foie de morue. Potion avec 30 gr. de sirop de morphine. Vin de quinquina. Badigeonnages de teinture d'iode sur la partie inférieure et postérieure (côté droit de la poitrine).

1er *janvier.* — Aucun changement dans l'état général, ni dans l'état local. On continue le même traitement, et on fait prendre en outre, chaque jour, une cuillerée à soupe de sirop d'iodure de fer.

15 *janvier.* — La cachexie est toujours très-marquée; cependant le malade est peut-être un peu moins maigre.

1er *février.* — Le malade se plaint d'oppression. Il raconte que, depuis quelques jours, il étouffe, surtout la nuit. On applique un vésicatoire à la partie postérieure et inférieure du côté droit du thorax. Aucun changement relativement aux phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion. L'expectoration est toujours sans caractères significatifs.

15 *février.* — Les accès de dyspnée sont moins forts, moins violents. Le malade a retrouvé son appétit.

1er *mars.* — Le malade dit s'être refroidi dans les cours; il a de nouveau de la dyspnée. M. Vulpian fait appliquer des ventouses sèches sur le côté droit du thorax.

Le lendemain et les jours suivants, le malade se plaint de douleurs assez vives dans les régions où l'on a appliqué les ventouses. On constate, en diverses parties de la région postérieure, latéro-inférieure, du côté droit du thorax, l'existence de petites tuméfactions, grosses comme une noisette. Ces tuméfactions sont assez dures, roulantes sous la peau, et manifestement douloureuses à la pression. On voit très-nettement se dessiner, sous la peau, des petits cordons assez résistants, rougeâtres, également douloureux, en relation avec ces petites nodosités. Il n'est pas douteux, pour M. Vulpian, que ce sont des vaisseaux lymphatiques et que les tumeurs sont des ganglions lym-

phatiques, ganglions et vaisseaux qui, sous l'influence de l'application des ventouses, se sont enflammés et tuméfiés.

Cet état des ganglions et vaisseaux lymphatiques persiste pendant une quinzaine de jours, ainsi que les douleurs concomitantes. Pendant ce temps, on ne note aucune modification des ganglions du cou.

4 *mars*. — L'état général est meilleur. Les engorgements ganglionnaires et les lymphangites ont disparu.

24 *mars*. — L'expectoration, depuis quelques jours, est devenue purulente. L'examen microscopique ne montre pas trace de fibres élastiques.

10 *avril*. — Les crachats sont maintenant franchement purulents. Cependant le malade va mieux; il se lève toute la journée.

25 *avril*. — Amélioration progressive. La cachexie est bien moins accentuée. Aucune modification dans l'état pulmonaire local.

Le malade quitte le service dans les premiers jours du mois de mai. Il va beaucoup mieux, mais rien n'est changé dans les phénomènes d'auscultation et de percussion du côté droit du thorax. L'expectoration purulente est moins abondante.

Obs. XCI. — ***Tuberculose chronique chez une négresse. — Prédominance des troubles gastriques. — Mort par hémoptysie foudroyante.***

La nommée R... Marie-Louise, âgée de 38 ans.

Entrée le 8 février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 9.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 38 ans, est née en Égypte. Elle est venue une première fois en 1857 en France, où elle resta jusqu'en 1862, époque à laquelle elle est retournée en Afrique. Elle y a séjourné alors quatre ans. Depuis 1867, elle est à Paris.

Elle a été réglée à quatorze ans et toujours très-régulièrement; elle a eu trois enfants, et à la suite de chaque couche elle est restée deux ou trois mois malade; son dernier accouchement date de 1876; elle a été soignée à la Charité.

Il n'y a rien à noter en fait d'antécédents soit comme scrofule, soit comme rhumatisme.

Elle ne se souvient pas d'avoir jamais été malade, excepté pendant son dernier séjour en Afrique, époque à laquelle elle aurait eu une pneumonie droite, qui l'aurait forcée à garder le lit pendant trois semaines. Depuis cette époque, elle a toujours un peu toussé, surtout la nuit.

La malade se plaint aujourd'hui d'une courbature. Il y a quinze jours, elle éprouvait déjà des douleurs dans le dos; mais, depuis lundi dernier, à la suite d'un refroidissement, elle a été atteinte d'un violent mal de tête, de frissons et d'une douleur au côté gauche.

Elle a eu beaucoup de fièvre toutes les nuits depuis lundi et des sueurs abondantes. Le mal de tête a disparu, de même que la douleur au côté; mais elle a été prise de mal à la gorge et de douleur à la nuque, avec augmentation de la courbature. Elle n'a pas vomi ; elle n'a pas eu la diarrhée.

Etat actuel. — Femme de taille moyenne, assez maigre. Le visage est amaigri et fatigué.

La peau est sèche, chaude au toucher. T. A., 38°, 7.

La malade sue assez abondamment pendant la nuit.

La langue, large, est blanche au centre, rouge à la pointe et sur les côtés; l'appétit est perdu ; il n'était, du reste, pas très-considérable auparavant. Elle est constipée depuis lundi soir. Il y a un peu de rougeur de l'isthme du gosier. La malade n'éprouve plus qu'une faible douleur pendant la déglutition. La nuque n'est presque plus douloureuse.

Pas d'épistaxis ; pas de douleur du ventre à la pression.

L'examen du cœur ne présente rien d'anormal, de même que celui du foie et de la rate.

L'examen de la poitrine permet de constater, en arrière et en avant, de la submatité aux deux sommets, submatité surtout accusée à droite.

A l'auscultation, on trouve la respiration forte et rude, surtout à droite, mais sans souffle bien net. On constate aussi quelques râles de bronchite disséminés. Expectoration muco-purulente peu abondante.

L'urine, examinée, ne contient pas d'albumine, ni de sucre.

On diagnostique une bronchite survenue pendant la première période d'une phthisie pulmonaire.

Traitement. — Limonade purgative au citrate de magnésie. Tisane de fleurs de mauve. Julep avec 30 grammes de sirop de tolu et 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

11 *février.* — La malade est mieux. T. A., 38°. Même prescription. Vin de quinquina. 3 granules de Dioscoride.

15 *février.* — L'état gastrique est très-amélioré. T. A., 37°, 6. La respiration, à chaque sommet des poumons, est toujours un peu soufflante, aussi bien en avant qu'en arrière. Même prescription, et, en outre, huile de foie de morue, deux cuillerées à soupe par jour.

La malade va chaque jour de mieux en mieux ; elle quitte l'hôpital au bout de quelques semaines, pendant lesquelles on a appliqué deux fois un vésicatoire volant sur la partie supérieure et postérieure du côté droit du thorax. Son état est très-amélioré.

22 *juin.* — Elle revient dans le service se plaignant de faiblesse générale et d'une toux continuelle. Elle a considérablement maigri. Peu après sa sortie de l'hôpital, elle se serait de nouveau sentie plus malade, et, depuis lors, elle a toujours beaucoup toussé. Fièvre assez vive vers le soir, avec sueurs abondantes dans la nuit. Insomnie. L'appétit est complétement perdu.

Expectoration de crachats purulents, déchiquetés. Douleurs névralgiques fréquentes dans les côtés du thorax.

La percussion de la poitrine donne de la matité dans le tiers supérieur de chaque poumon, aussi bien en avant qu'en arrière.

L'auscultation dénote l'existence de *cavernes* aux deux sommets, surtout à droite. Gargouillements très-forts.

On donne une potion gommeuse, avec 2 grammes d'hypophosphite de soude, trois granules d'acide arsénieux. Une pilule d'extrait thébaïque de 5 centigrammes pour le soir. Vin de quinquina.

Ce traitement est continué sans interruption pendant une vingtaine de jours; mais la malade s'affaiblit de plus en plus.

16 *juillet.* — Bien que l'état s'aggrave de jour en jour, la malade est encore loin d'être arrivée aux dernières périodes de l'épuisement.

17 *juillet.* — Elle meurt subitement d'une *hémoptysie* foudroyante.

Elle n'avait jamais craché le sang jusque-là. Pas d'autopsie.

Obs. XCII. — *Tuberculose chronique. — Caverne énorme, simulant un pneumothorax. — Bruit d'airain. — Tintement métallique. — Autopsie.*

La nommée M... Marie, âgée de 25 ans, couturière.

Entrée le 2 février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 9.

Cette malade, âgée de 25 ans, a été réglée à 16 ans, mais jamais d'une façon régulière; elle restait trois et six mois sans avoir ses règles, et aujourd'hui elle ne les a pas eues depuis deux mois.

Il n'y a rien à noter, chez elle, comme antécédents scrofuleux, et elle n'accuse rien qui puisse faire penser à un état rhumatismal ou nerveux quelconque.

A cinq ans, elle a eu la variole et la rougeole. Elle avait 11 ans lorsque sa mère est morte de la poitrine.

Elle est mariée depuis un an, et elle n'a pas eu d'enfants.

Depuis deux ans environ, elle tousse. Elle a, tous les ans, des bronchites pendant la mauvaise saison, et ces bronchites disparaissent très-lentement.

Il y a trois mois qu'elle a, de nouveau, été atteinte de bronchite, mais cette fois plus violemment que les autres années. Elle a été obligée de s'aliter; elle garde le lit depuis lors. A l'époque où elle a commencé à tousser, elle a craché du sang plusieurs fois, en assez grande abondance; les premières fois, elle dit en avoir expectoré le contenu d'un verre à deux ou trois reprises.

A partir de cette époque, les crachats ont toujours contenu quelques filets de sang.

Etat actuel. — La malade est pâle, très-amaigrie. La peau est sèche, chaude au toucher. Dypsnée habituelle. Très-léger œdème des membres inférieurs.

Tous les soirs, la malade est prise de fièvre. Depuis trois mois, cette fièvre dure une partie de la nuit; elle est accompagnée de sueurs abondantes, d'une toux fréquente et quinteuse; aussi le sommeil est-il presque impossible. La malade tousse d'ailleurs fréquemment aussi dans la journée. Expectoration abondante, purulente; quelques stries de sang.

Elle éprouve aussi des douleurs assez fortes dans tout le côté droit de la poitrine et dans le dos; ces douleurs ont débuté avec la toux. Aujourd'hui, elle accuse une nouvelle douleur à la base de la poitrine, en avant, à gauche, au niveau de la rate.

Elle a cependant conservé un peu d'appétit; elle mange et digère assez bien. Elle n'éprouve pas de véritables coliques; mais, tous les matins, elle a des douleurs sourdes dans le ventre, douleurs suivies d'une diarrhée assez abondante.

L'urine est rouge, contient de nombreux dépôts de mucus et de sels calcaires : pas d'albumine, ni de sucre.

Le foie est un peu augmenté de volume.

Le cœur ne présente rien d'anormal; seulement les battements sont fréquents et très-forts.

L'amaigrissement considérable, déjà signalé, s'est produit surtout depuis deux mois.

L'examen du thorax donne les résultats suivants :

Poumon gauche. — En arrière et au sommet, on constate de la submatité à la percussion, et, à l'auscultation, un bruit de souffle caverneux très-marqué; dans le reste de l'étendue, en arrière, la percussion est très-sonore, et l'auscultation ne révèle rien d'anormal.

Poumon droit. — 1° En arrière, la matité est très-complète au sommet du poumon, dans tout le tiers supérieur; au-dessous, dans le reste de l'étendue du thorax, la percussion donne un son normal ou même exagéré.

A l'auscultation, on trouve, au sommet droit, dans la fosse sous-épineuse, un souffle caverneux, des râles caverneux et du gargouillement; dans le reste de l'étendue, on entend des râles ronflants et sibilants disséminés.

2° En avant et à droite, au sommet, la percussion donne une sonorité exagérée et un bruit de pot fêlé très-net; l'auscultation fait entendre à ce niveau du souffle et des râles amphoriques très-évidents. On entend aussi de la pectoriloquie amphorique. Il y a parfois du vrai tintement métallique. Dans le reste de l'étendue, à gauche et en avant, l'examen ne dénote que des râles muqueux et sibilants, disséminés.

De plus, si l'on pratique la percussion avec deux pièces de monnaie au sommet droit, en avant, au-dessous de la clavicule, en même temps que l'on applique l'oreille en arrière, on entend un bruit d'airain très-caractéristique, absolument semblable à celui du pneumo-thorax.

Pas de bruit de fluctuation thoracique par la succussion.

Traitement. — Injections sous-cutanées de morphine (un centigramme chaque fois, deux par jour) dans les régions douloureuses. Vin de quinquina. Potion avec 30 grammes de sirop d'opium, et 4 grammes de sous-nitrate de bismuth.

5 *février.* — La diarrhée est un peu diminuée; mais la malade est très-faible. On constate encore très-facilement tous les signes reconnus lors de l'entrée de la malade, entre autres le bruit d'airain, et, de plus, par instants, un petit tintement métallique. La percussion, sous la clavicule droite, donne une sonorité exagérée.

La malade va chaque jour en s'affaiblissant davantage. Elle meurt le 8 février.

Autopsie. Examen du thorax. — Une incision est pratiquée au-dessous de la clavicule droite; on dissèque toutes les parties molles à ce niveau, de manière à laisser une mince couche de tissus en avant du poumon droit. On fait ainsi une espèce de godet qu'on remplit d'eau; on plonge alors une canule mousse au travers de la couche de tissus laissés en place : immédiatement, de nombreuses bulles de gaz s'échappent en bouillonnant au travers de l'eau.

A l'ouverture du thorax, on trouve les deux poumons adhérents à la plèvre pariétale. Ces adhérences sont très-peu marquées à gauche, tandis qu'à droite le poumon, ratatiné, est adhérent dans toute son étendue; il est transformé en un bloc dont le tissu se détache avec peine des parois thoraciques et même du diaphragme.

Poumons. — 1° *Poumon gauche.* Masses caséeuses au sommet. Elles sont ramollies et forment de petites cavernes. Le lobe inférieur est emphysémateux et contient quelques masses caséeuses, avec des granulations grises.

2° *Poumon droit.* Le sommet du poumon présente une cavité énorme, qui logerait facilement le poing d'un enfant; la face interne de cette cavité est tapissée par une néo-mem-

brane; elle est traversée par des brides allant d'une paroi à l'autre et provenant de vaisseaux oblitérés. On note aussi des petits diverticules creux, partant de la caverne principale et s'enfonçant çà et là dans la substance pulmonaire périphérique. Les parois de cette caverne sont excessivement minces, tant en avant qu'en arrière. Elles font corps avec celles du thorax et n'en augmentent pour ainsi dire pas l'épaisseur, surtout en avant, au niveau des premières côtes. Le lobe moyen est rempli de masses caséeuses non ramollies, les unes, grosses comme une noisette, les autres, comme un petit pois.

Dans le reste de l'étendue du poumon existe une multitude de petites cavernes dont quelques-unes sont cicatrisées. Le lobe inférieur contient quelques masses caséeuses et des granulations jaunes, peu abondantes.

Cœur. — Petit, mou; pas de traces de péricardite, ni d'endocardite; pas d'athérome.

Foie. — Un peu gras; il est augmenté de volume et huileux sur la coupe.

Reins. — Normaux.

Système nerveux. — Id.

Obs. XCIII. — *Tuberculose chronique. — Péritonite tuberculeuse chronique, à forme spéciale. — Ascite considérable. — Limitation des poussées granuleuses au péritoine pariétal. — Autopsie (observation résumée).*

Le nommé X..., âgé de 38 ans, employé.

Salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 11.

Ce malade, dont la mère est morte de la poitrine après une longue maladie, raconte qu'il tousse depuis plus de quatre ans. Il est allé en s'affaiblissant progressivement. Plusieurs fois, il a eu des hémoptysies considérables. Il a beaucoup de sueurs la nuit, depuis plus d'un an.

État actuel. — Homme grand, brun, très-amaigri; les

pommettes sont saillantes; les joues, décharnées; les masses musculaires des membres, extrêmement réduites.

L'examen de la poitrine montre les signes évidents d'une tuberculose, au troisième degré, très-étendue. Expectoration abondante; crachats purulents, déchiquetés.

Thrombose dans les veines saphènes internes des deux membres.

Le malade souffre du ventre depuis quelque temps (la tuberculose a débuté il y a quatre ans). Douleurs sourdes, mais devenant parfois plus vives et s'exagérant sous l'influence de la palpation, surtout au niveau de l'ombilic. Pas de vomissements. Peu à peu, le ventre se tuméfie, et au bout de quinze jours une *ascite considérable* se produit.

Le malade meurt six semaines après le début des accidents péritonéaux. La thrombose des veines saphènes a persisté jusqu'à la mort, mais avec des variations notables. A deux reprises, elle a été sur le point de disparaître. Le gonflement des veines diminuait, et les douleurs spontanées ou provoquées que l'on constatait à leur niveau devenaient tout à fait obtuses; puis, sans cause reconnaissable, le gonflement douloureux des veines redevenait très-manifeste. Il y a donc eu là tendance à la guérison de la thrombose veineuse, malgré la profonde détérioration de l'état général. M. Vulpian, à propos de ce malade, faisait observer que la guérison complète de la *phlegmatia alba dolens*, déjà bien caractérisée, n'est pas absolument rare chez les phthisiques, tandis que cette guérison est tout à fait exceptionnelle chez les cancéreux. La guérison se ferait, suivant lui, chez les phthisiques, par retrait et résorption du caillot et par oblitération des veines affectées.

Autopsie. — Poumons. — Lésions du troisième degré de la tuberculose chronique.

Cavité abdominale. — Ascite considérable; neuf litres d'un liquide séreux, citrin.

Le péritoine viscéral ne présente presque aucune altération; à peine si, à la surface de l'intestin grêle, il est vascularisé, et si l'on trouve çà et là quelques granulations tuberculeuses miliaires.

Il n'en est plus de même du péritoine pariétal; celui-ci est épaissi, opaque; par places, il est le siége d'une vascularisation des plus nettes, avec néo-membranes qui s'étendent souvent d'un point à un autre, à une assez grande distance; de plus, sa surface, dans toute son étendue, est parsemée d'un infinie quantité de granulations tuberculeuses; c'est principalement dans les fosses iliaques, droite et gauche, que l'inflammation prédomine et que les granulations tuberculeuses sont les plus abondantes.

Pas de tuberculisation des organes génito-urinaires.

Rien de particulier à signaler du côté du système nerveux.

Obs. XCIV. — *Tuberculose pulmonaire chronique. — Déformation, à marche aiguë, des extrémités digitales (main et pied) (observation résumée).*

Le nommé X..., âgé de 38 ans, garçon d'hôtel.

Entré le 31 mars, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 28.

Ce malade dit que, à la suite d'un chaud et froid, il s'est mis à tousser, dans les premiers jours de janvier. Depuis ce moment, la toux a persisté; il n'a jamais craché de sang, mais il expectorait beaucoup le matin. Crachats muco-purulents.

Amaigrissement rapide; sueurs abondantes.

Rien de particulier du côté de l'hérédité.

Etat actuel. — Homme brun, de taille moyenne. La figure est pâle, terreuse; il est amaigri, mais, en somme, encore assez vigoureux.

La peau est sèche, la température un peu élevée. Appétit nul; toux fréquente; expectoration muco-purulente.

Matité aux deux sommets de la poitrine, en avant et en arrière, à gauche et à droite; percussion douloureuse; à gauche, la matité est peu étendue.

Expiration prolongée au sommet gauche; respiration soufflante au sommet droit. Pas de râles bien nets au sommet.

Râles ronflants et quelques râles muqueux disséminés çà et là, dans la poitrine.

Vers le milieu du mois d'avril, les ongles et le bout des doigts prirent pour ainsi dire une forme hippocratique, d'une manière aiguë; les extrémités digitales devinrent chaudes, douloureuses, rouges, et se tuméfièrent; ces phénomènes étaient si accusés que le malade ne put bientôt plus maintenir ses doigts sous la couverture, car la chaleur du lit lui faisait très-mal. Au bout de quelques semaines, cet état aigu se dissipe, mais les doigts restent déformés.

Un mois après le moment où l'on avait noté ces modifications des doigts, les gros orteils se déformèrent, en présentant exactement les mêmes phénomènes, comme marche des accidents.

A la fin de mai, les lésions pulmonaires étaient devenues considérables. Il y avait, à cette époque, des cavernes énormes, surtout à droite; amaigrissement considérable.

Ce malade était sujet, la nuit, à des sueurs abondantes; il en fut délivré par le sulfate d'atropine, donné le soir, en pilules de 1/2 milligr., en commençant par une, puis deux, jusqu'à trois pilules, pendant cinq à six jours. Dans le commencement de juillet, le malade retourne dans son pays.

Obs. XCV. — *Tuberculose chronique chez un scrofuleux (scrofule ganglionnaire). — Marche lente de l'affection. — Engorgement probable des ganglions bronchiques. — Toux, à forme de coqueluche.*

Le nommé A..., âgé de 17 ans, menuisier.

Entré le 6 février, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 16 bis.

Antécédents. — Né à Paris, ce garçon dit n'avoir jamais été en bonne santé.

Depuis sa naissance, il porte de volumineux engorgements ganglionnaires au cou, surtout à droite. Ces engorgements furent ouverts par le bistouri, à l'hôpital Ste-Eugénie et à l'hôpital St-Louis, etc., où il était entré pour faire soigner ces ganglions strumeux; d'autres s'ouvrirent spontanément.

Ces engorgements, chaque année, à peu près à la même époque (février), sont le siége de nouvelles poussées inflammatoires.

A l'âge de 3 ans, sa tête se couvrit de croûtes qui, en tombant, laissèrent de nombreuses cicatrices sur le cuir chevelu.

Il eut une éruption semblable sur le corps, éruption qui laissa à sa suite des cicatrices rondes, blanches, peu profondes, sur la poitrine et le bras droit.

En octobre 1876, atteint de coliques saturnines, il entra à l'hôpital temporaire, dans le service de M. Lépine.

Le 2 janvier 1877, il eut une pneumonie de la base, à droite, pour laquelle il garda le lit environ 12 jours.

Depuis lors, pour peu qu'il se livre à quelques efforts, il est pris d'une dyspnée intense, accompagnée de quintes de toux violentes. Il expectore alors, avec peine, des crachats verdâtres.

Il se mit aussi à suer abondamment de la face et de la poitrine, pendant la nuit, à peu près à la même époque.

L'appétit, très-bon auparavant, ne tarda pas à diminuer et bientôt à se perdre presque complétement. — De temps en temps, il fut pris de palpitations.

Pas de syphilis. Sa mère est morte phymique; son père, rhumatisant. Sa sœur est une phymique assez avancée.

Ses oppressions et sa toux augmentent; sa faiblesse allant croissant, il entre à l'hôpital le 6 février 1877.

Etat actuel. — C'est un jeune homme d'un embonpoint assez notable, et cependant peu musclé.

Chairs molles. Sa peau est fine, blanche; il est peu velu. Ses muqueuses, palpébrale, gingivale, sont pâles, anémiées.

Malade intelligent et d'un caractère nullement apathique.

Il porte sur le cuir chevelu de nombreuses cicatrices, cachées par des cheveux noirs assez abondants, cicatrices qui sont les traces de l'éruption qu'il eut vers l'âge de 3 ans.

Cicatrices rondes, blanches, un peu déprimées sur la poitrine, les bras.

A droite, sur les parties latérales du cou, dans la région sous-maxillaire, derrière l'oreille, on voit une énorme masse ganglionnaire strumeuse, sillonnée de cicatrices allongées, déprimées, brunâtres par places. Cette masse ganglionnaire est ferme, indolore, adhérente à la peau.

Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, surtout à gauche.

Gros ganglions engorgés, durs, indolores, roulant sous la peau, dans le triangle sus-claviculaire gauche.

Pas de ganglions épitrochléens.

Quelques ganglions gros comme de petites noisettes dans les régions inguinales.

Les doigts du sujet sont hippocratiques.

Il est de plus atteint d'un staphylome postérieur, à droite.

Poumons. — *Percussion.* — En avant, légère submatité au sommet droit.

En arrière, submatité en haut et à droite; son normal, du côté gauche.

Auscultation. — En avant, expiration assez rude et prolongée au sommet du poumon droit. Rien à gauche.

En arrière, en haut et à droite, respiration rude, expira-

tion prolongée, quelques râles sibilants. A gauche, respiration un peu rude en haut. Au niveau de la racine des bronches, souffle assez intense, à droite et à gauche.

Toux sèche, parfois quinteuse. La toux est fréquente et simule parfois, à s'y méprendre, celle de la coqueluche.

Crachats verdâtres, muco-purulents, aérés, très-peu abondants.

Cœur. — Sain. Le malade se dit pris parfois de palpitations. Température de la peau normale.

Foie. — Augmenté de volume.

Rate. — Rien.

Urine. — Ne contient ni albumine, ni sucre.

Traitement. — On donne au malade deux cuillerées d'huile de foie de morue. Vin de quinquina. Badigeonnages de teinture d'iode au niveau de la racine des bronches et sur les sommets de la poitrine, alternativement en avant et en arrière. Julep gommeux avec 30 grammes de sirop de morphine et un gramme d'hypophosphite de soude.

8 *février.* — L'appétit est assez bon. Pas de modifications de l'état général.

9 *février.* — Un peu de diarrhée la nuit. Perte de l'appétit. 1 gramme de sous-nitrate de bismuth.

13 *février.* — Le malade tousse et crache beaucoup plus que lors de son entrée.

15 *février.* — Céphalalgie intense le soir. Fièvre à peine marquée.

16 *février.* — Le malade souffre un peu de la gorge en buvant. De plus, il éprouve une douleur assez vive dans le côté gauche du thorax, sous le sein; en ce point, on entend quelques râles de bronchite.

Fièvre assez intense et céphalalgie le soir. On continue le même traitement.

18 *février.* — La toux est moins pénible, moins quinteuse.

— Expectoration presque nulle. — Le mouvement fébrile est très-modéré.

23 *février*. — Le malade quitte l'hôpital pour aller à Vincennes; la respiration rude et le souffle du sommet droit du poumon ont augmenté un peu.

Obs. XCVI. — *Tuberculose des ganglions bronchiques caractérisée par du souffle à la racine des bronches, et une toux à forme de coqueluche. — Amélioration de l'état général par les toniques.*

Le nommé L... Charles, âgé de 19 ans, garçon de cuisine.

Entré le 8 mars 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 3.

Antécédents héréditaires. — Il n'y a rien à noter par rapport aux antécédents de famille. Ce malade a encore ses père et mère, qui sont bien portants; ses frères et ses sœurs jouissent également d'une bonne santé.

Antécédents personnels. — Ce malade, dans son enfance, aurait eu des ganglions lymphatiques engorgés autour du cou.

En 1870, il fut atteint d'une fièvre typhoïde qui le retint au lit pendant 2 mois 1/2. Cette première maladie évolua sans présenter d'accidents particuliers, et le malade recouvra une santé parfaite.

En janvier 1876, il contracta une bronchite pour laquelle il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Fauvel. Les crachats, à cette époque, auraient contenu des filets de sang.

Au bout d'un mois 1/2, il fut envoyé à Vincennes, où il resta 15 jours; après quoi, il rentra chez lui, à peu près guéri.

Mais, presque aussitôt, il est de nouveau atteint d'une bronchite, qui présenta les mêmes caractères que la première. Elle aurait été caractérisée par du frisson, de la fièvre, de la toux, des crachats spumeux.

Il rentre à l'hôpital une 2e fois, et, au bout d'un mois, il est envoyé, de nouveau, à Vincennes; mais là il est repris de toux et de fièvre, et il est obligé d'entrer à l'infirmerie, où il reste 15 jours.

Au bout de ce temps, il en sort guéri et ne toussant plus du tout.

Cet état de bonne santé dura ainsi jusqu'au mois de janvier 1877.

Depuis ce moment, il a recommencé à tousser. La toux ne fut pas d'abord très-fréquente, et le malade n'y prit pas garde; mais bientôt il toussa de plus en plus. Il y a 15 jours, il a été obligé de cesser tout travail.

8 *mars* 1877. *Etat actuel.* — Ce malade est pâle, maigre. Il raconte que, depuis un an, il a maigri considérablement, au point de ne plus être reconnu par les personnes qui l'ont vu avant cette époque.

Il accuse une grande faiblesse des jambes; celles-ci sont le siége d'un œdème léger. On ne détermine aucune douleur par le ballottement des masses musculaires du mollet.

Depuis un mois, il éprouve des sueurs nocturnes assez abondantes, au commencement de son sommeil, ainsi qu'à son réveil.

A aucun moment il n'a été pris de diarrhée persistante. Les digestions se font bien, et l'appétit est relativement bon.

Ce qui attire surtout l'attention chez ce malade, c'est une *toux sèche*, *rauque*, et se produisant un certain nombre de fois chaque jour, par quintes répétées coup sur coup. Cette toux a quelque analogie avec celle de la coqueluche.

De temps en temps, il expectore quelques crachats gris, aérés et liquides, sans caractères.

L'examen du thorax donne les signes suivants :

Percussion. — Rien de particulier.

Auscultation. — Dans toute l'étendue du poumon gauche,

en avant et en arrière, on entend quelques râles sibilants.

On perçoit, surtout au *niveau de la racine des bronches*, une respiration rude et soufflante, particulièrement au moment de l'expiration, qui est en même temps prolongée.

Le sommet des poumons paraît intact; cependant, au sommet droit, on entend une respiration soufflante assez prononcée et de l'expiration *prolongée*.

Rien au cœur, ni dans les autres viscères.

Sur la face interne du tibia gauche, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la malléole, on trouve une exostose de la grosseur d'une noix. Le malade ne s'en est aperçu que le jour où M. Fauvel la lui fit remarquer, il y a un an. Cette tumeur est absolument indolente.

Traitement. — M. Vulpian formule le diagnostic : tuberculisation pulmonaire au début; lésions tuberculeuses des ganglions bronchiques avec gonflement de ces organes. Il ordonne 2 cuillerées d'huile de foie de morue par jour. — 30 grammes de sirop d'iodure de fer. — Vin de quinquina. — Badigeonnages de teinture d'iode au sommet de la poitrine et en arrière.

Ce traitement est continué un mois et demi. Au bout de ce temps, le malade avait engraissé un peu. Il dormait mieux et ne suait presque plus la nuit. La toux persistait avec les mêmes caractères. Aucun changement dans les signes physiques.

Obs. XCVII. — *Pleurésie chronique du sommet du poumon droit, de nature tuberculeuse. — Vaste caverne consécutive. — Absence de lésions tuberculeuses reconnaissables dans d'autres parties de l'appareil pulmonaire.*

La nommée B... Angèle, âgée de 20 ans, polisseuse en caractères d'imprimerie.

Entrée le 16 février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 22. Pas d'antécédents héréditaires de tuberculose. Son père

est mort des suites d'un traumatisme; sa mère est morte aussi; mais il est difficile de savoir de quelle façon, car, d'après la malade, la mort aurait eu pour cause un dépôt au cœur.

Sur vingt enfants qu'ils étaient, sept seulement sont vivants et en bonne santé; les autres ont succombé sous l'influence de fièvres typhoïdes, du croup, etc. On ne relève aucun cas de phthisie pulmonaire; du reste, tous sont morts dans la première enfance.

La malade a eu la rougeole et la fièvre typhoïde vers l'âge de 6 ans, et à 16 ans une *pneumonie* pour laquelle elle resta un mois au lit.

Coliques saturnines à l'âge de 18 ans. A cette époque, première apparition des règles : la menstruation semblait être bien établie pendant les trois premiers mois; mais ensuite elle a subi des retards considérables; ainsi, aujourd'hui, il y a six mois qu'elle est interrompue. De plus, l'écoulement menstruel ne dure guère qu'une demi-journée. Pertes blanches, presque continuelles.

Depuis sa pneumonie, elle n'a jamais recouvré la même force, la même santé; elle se sent souvent mal à l'aise; elle est faible. Son attaque de saturnisme a encore ajouté à cette faiblesse, et, peu après cet accident, elle fut forcée d'aller à Beaujon pour un état anémique très-prononcé.

Elle a des rhumes continuels, qui se répètent surtout l'hiver et qu'elle contracte, la plupart du temps, sans cause appréciable. Les deux derniers rhumes ont été très-intenses. La malade a maigri de vingt-trois livres.

Le point de côté de sa pneumonie n'a jamais complétement cessé. La malade souffre surtout dans la région dorsale, vers l'angle inférieur de l'omoplate droite. C'est de ce côté qu'elle a eu sa pneumonie.

La malade n'a jamais eu d'hémoptysie, ni même de crachats sanguins. Elle souffre de l'estomac. Son sommeil est

interrompu par des rêvasseries. Elle a de la fièvre, le soir, avec soif intense et céphalalgie, et souvent des sueurs abondantes pendant la nuit.

17 *février. État actuel.* — La malade ne paraît pas amaigrie; mais elle est très-pâle; les conjonctives, les lèvres, les gencives sont décolorées; les pupilles, dilatées; les pommettes, un peu rouges. La peau est blanche, sèche, légèrement fébrile. T. A., 37°,9.

La langue est large, humide; la malade a conservé de l'appétit.

Les extrémités digitales sont légèrement renflées en massue. L'examen du thorax donne les résultats suivants :

La percussion est douloureuse en arrière, au sommet droit. Perte d'élasticité et matité assez absolue. La matité s'étend en arrière, du sommet à la réunion du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la fosse sous-épineuse. En avant, sous la clavicule droite, léger bruit skodique.

L'auscultation pratiquée en arrière et en haut, au niveau des régions mates à la percussion, fait entendre un souffle doux, large, assez voilé; ce souffle est surtout expiratoire. De plus, on perçoit des râles fins, superficiels, aux deux temps de la respiration (frottements-râles). Dans toute cette région, il y a du retentissement considérable de la voix, sans caractère caverneux.

Au-dessous de l'épine de l'omoplate, on entend une broncho-égophonie très-nette, qui cesse dans le point où disparaît la matité. La toux ne modifie pas ces phénomènes.

Dans toute la région mate, absence de vibrations thoraciques.

Sous la clavicule droite, la respiration est à peu près pure; cependant on entend quelques râles crépitants moyens, d'ailleurs inconstants.

La percussion et l'auscultation du poumon gauche ne

dénotent aucune modification de l'état normal. Expectoration de bronchite, sans caractère défini.

Cœur. — Léger bruit de souffle à la base et au premier temps.

Bruit de rouet dans les vaisseaux du cou, avec redoublement correspondant à la diastole artérielle. Les autres organes paraissent sains. Urine normale.

Traitement. — M. Vulpian formule le diagnostic : pleurésie chronique du sommet droit du poumon, pleurésie de nature tuberculeuse; il prescrit : application d'un large vésicatoire. 5 gouttes de liqueur de Fowler dans une potion gommeuse, avec 30 grammes de sirop de morphine. Vin de quinquina. Une cuillerée de sirop d'iodure de fer.

18 *février.* — On retire beaucoup de sérosité du vésicatoire appliqué hier sur le sommet droit de la poitrine, en arrière.

23 *février.* — Le vésicatoire a amené un peu d'amélioration dans l'état de la malade. Elle est bien moins oppressée. Deuxième vésicatoire.

24 *février.* — Accès de suffocation avec quintes de toux pénibles, provoquant des vomissements.

25 et 26 *février.* — Badigeonnages du voile du palais et du pharynx avec une solution concentrée de bromure de potassium.

27 *février.* — Les vomissements ont cessé hier et n'ont point reparu depuis.

1er *mars.* — Amélioration assez sensible; la malade n'a plus de fièvre ; ses suffocations sont moins fréquentes. Badigeonnages du sommet du poumon droit, en avant et en arrière, avec la teinture d'iode.

15 *mars.* — L'amélioration de l'état général est persistante, quoique très-lente; les frottements, au sommet droit du poumon, sont plus nets.

6 *avril.* — La malade sort : son état est amélioré; ses

forces sont revenues un peu; elle mange bien. Cependant l'état local est très-peu modifié; les signes de pleurésie persistent. Ses règles ont reparu deux fois pendant son séjour à l'hôpital.

19 *juillet. — La malade rentre à l'hôpital.* Depuis son départ, elle a beaucoup maigri; elle est très-faible, très-anémiée. Il y a deux mois que ses règles n'ont point reparu.

Elle a vomi du sang, quatre fois, à la suite de quintes de toux. Ces hémoptysies paraissent avoir été notables.

Les sueurs nocturnes sont très-abondantes; elles forcent la malade à changer quelquefois de chemise, la nuit.

L'expectoration est actuellement franchement purulente. Les crachats sont verdâtres, déchiquetés.

La percussion est douloureuse. Matité complète, au sommet droit du poumon, en arrière et en avant.

A l'auscultation, on entend un *souffle caverneux* considérable au sommet droit du thorax; ce souffle est accompagné de gros gargouillements.

Rien *dans les autres parties du poumon.*

La malade a souvent des *vomissements* alimentaires.

Traitement. — M. Vulpian fait appliquer un nouveau vésicatoire et donne de l'huile de foie de morue et du vin de gentiane. — La malade reste dans le service jusqu'au 10 août. Elle part ce jour, un peu améliorée, quant à son état général; mais elle présente toujours des signes d'une vaste excavation.

Obs. XCVIII. — *Cancer aigu du poumon et des plèvres. — Cancer du foie et du pancréas paraissant avoir été le point de départ de celui du poumon. — Autopsie (observation résumée).*

Le nommé G.... Claude, âgé de 45 ans, domestique.

Entré le 3 avril 1877 dans le service du Dr Vulpian, à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 1.

Renseignements. — Depuis déjà un mois environ, ce ma-

lade se sentait mal en train et éprouvait quelques légers troubles de la digestion, auxquels il ne prêta aucune attention.

Après huit jours, survint une toux qui alla en augmentant et fut bientôt accompagnée d'une forte dyspnée, qui força la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Ce qui frappe tout d'abord en approchant du malade, c'est son anxiété respiratoire. Elle est extrême : les inspirations sont d'une faible amplitude et très-fréquentes.

Il n'existe des signes physiques qu'en arrière et des deux côtés.

La percussion dénote une matité complète depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base du poumon, tant à gauche qu'à droite.

A l'auscultation, on entend un souffle doux occupant la même étendue que la matité.

La voix est également chevrotante des deux côtés.

Râles ronflants et sibilants dans les sommets, en avant et en arrière.

On constate en outre, par la percussion, une augmentation insolite du volume du foie : la palpation de cet organe est douloureuse et fait reconnaître l'existence de petites saillies sur le bord antérieur de l'organe.

Aussi M. Duguet, qui remplaçait alors M. Vulpian, n'hésita-t-il pas à porter le diagnostic de cancer du foie avec propagation aux poumons et à la plèvre.

Le 4 avril, les phénomènes asphyxiques deviennent plus menaçants, et le 5 le malade expire.

Autopsie. — Les deux feuillets de la plèvre sont recouverts d'un semis de petits nodules blanchâtres, ressemblant à des grains de riz cuits. Les poumons renferment dans leur épaisseur une multitude de productions analogues.

Épanchement sanguinolent modéré dans les deux cavités pleurales.

Les deux faces du diaphragme, mais surtout l'inférieure, sont criblées de petites masses cancéreuses

On en trouve aussi en grande quantité sur la surface convexe du foie et dans son épaisseur. Le pancréas est englobé dans une masse cancéreuse de la face inférieure du foie; son tissu est dégénéré.

Ces néoplasmes, examinés par M. Renaut, ont été reconnus être de nature cancéreuse.

CHAPITRE IX

MALADIES GÉNÉRALES.

Les classifications, en médecine, ont subi des fluctuations, avant de devenir ce qu'elles sont aujourd'hui. Comme l'a rappelé M. le Professeur Jaccoud, dans une éloquente leçon, l'ancienne méthode, employée pendant des siècles, avait basé ses divisions sur un certain nombre de phénomènes, arbitrairement choisis ; la nouvelle a fondé les siennes sur la classification anatomique. Tandis que la première, non-seulement rapprochait des choses tout à fait dissemblables, mais encore reportait, à des chapitres séparés, la description des affections d'un même organe, la seconde, groupant les maladies d'après le siége, permet, au contraire, de comparer entre eux les divers états morbides dont un même organe peut être atteint.

La classification actuelle a de grands avantages. Elle a été appliquée, dans toute sa rigueur et avec toutes ses conséquences, par l'éminent professeur : « Aux maladies à siége organique constant et univoque, qui méritent le nom de maladies localisées, la classification oppose, dit-il, sous le chef de maladies généralisées, celles qui présentent des localisations multiples et diffuses ; et les divisions secondes de ce vaste groupe, elle les demande à l'étiologie. »

En prenant en considération ce mode de nosotaxie, M. Jaccoud a établi les trois ordres distincts suivants : maladies infectieuses ; maladies par altération constitutionnelle de la nutrition, intoxications.

Les chapitres IX et X contiennent des observations pouvant être rangées dans l'une de ces trois catégories ; elles sont étudiées, sous ces deux titres : *maladies générales*, comprenant les maladies infectieuses et les maladies par altération constitutionnelle de la nutrition, et *empoisonnements chroniques* (alcool, plomb, etc.).

J'ai également rangé, dans cette dernière catégorie, la syphilis.

SECTION I

FIÈVRE INTERMITTENTE.

L'intoxication palustre, d'une manière générale, prend rarement naissance à Paris ; cependant, on a observé, de tout temps, dans cette ville, des cas de fièvres intermittentes contractées, soit par des habitants des maisons voisines de la Seine ou de la Bièvre, soit par les ouvriers qui travaillent sur les bords de ces cours d'eaux, ou sur d'autres points, où les affouillements du sol font sourdre des eaux souterraines, ou créent des conditions favorables à la détrempe des terres remuées par les eaux de pluie. Quelquefois ces fièvres se développent au voisinage d'eaux ménagères stagnantes.

En outre, dans les circonstances ordinaires, on voit à l'hôpital, des cas de fièvres intermittentes chez des sujets venant des pays où la malaria est, pour ainsi dire, endémique. On sait que beaucoup de malades, atteints de fièvres périodiques dans ces pays, et guéris, en apparence, par le traitement classique, sont repris, à leur rentrée en

France, d'accidents paludéens souvent très-graves. Il en est également ainsi pour ceux qui viennent des départements où règne la malaria, soit immédiatement à leur arrivée à Paris, soit quelque temps après. Dans certains cas même, c'est seulement lorsqu'ils ont quitté la contrée où s'est produite l'intoxication palustre, pour aller dans un autre pays, que ces malades sont atteints des premiers accidents pyrétiques.

Les grands travaux d'assainissement des rues de Paris, les déblaiements de terrains nécessités par la démolition et la reconstruction des maisons, ont rendu la fièvre intermittente autochthone bien moins rare qu'elle ne l'était autrefois. Il faut ajouter que les environs de la capitale n'ont pas été plus que Paris lui-même, à l'abri de la maladie; d'ailleurs vraisemblablement les immenses terrassements, conséquence de la construction des forts, sont ici encore la cause réelle du développement de l'intoxication palustre.

Incontestablement la fièvre intermittente, dans tous les cas que je viens de rappeler, a pour point de départ quelque chose d'inconnu, de non déterminé, qui est mis en liberté lorsque l'on remue largement les terres. L'analyse la plus attentive n'a pas encore permis de connaître exactement la nature de l'agent infectieux; son existence ne peut cependant être mise en doute, car il est tangible par ses effets.

Y a-t-il une différence entre le miasme qui s'échappe du marais, de l'étang, de l'eau stagnante, et celui produit par le déplacement de terres, que celles-ci contiennent ou non de l'eau avec des matières organiques en dissolution, ou en suspension, etc.? Certains auteurs l'ont pensé et M. Colin, en particulier, a désigné dans le second cas le miasme sous le nom de miasme tellurique, pour le distinguer de celui qui vient des eaux stagnantes. La difficulté n'est

que reculée et non résolue, et dans l'un comme dans l'autre cas, l'agent délétère reste inconnu dans sa nature intime.

Le fait concernant la production de la fièvre intermittente lors du déblaiement de grandes masses de terres, n'a pas été nié, mais l'interprétation de ce fait a varié suivant les auteurs.

Ceux qui ont discuté l'apparition des fièvres intermittentes, engendrées en dehors des conditions ordinaires bien connues, étangs, marais, lieux bas, humides, eaux stagnantes, etc., ne contestent pas, ainsi qu'il vient d'être dit, l'influence des grands travaux, avec déplacements de terrain; seulement ils pensent que si des accidents paludéens légitimes se développent alors, c'est qu'il existe, malgré les apparences, un ensemble de causes analogues à celles des pays à fièvres. Pour eux, l'impaludisme serait dû, dans les cas auxquels je fais allusion, à la présence de nappes d'eau souterraines en stagnation. Cette influence est incontestable et toute-puissante; mais est-elle souvent réalisée?

La géologie de Paris et des environs est assez bien connue pour que l'on puisse affirmer que la *présence d'une nappe d'eau souterraine* est l'exception, et cependant c'est bien la fièvre intermittente légitime que l'on observe à Paris. Il faut donc en conclure que le déplacement de grandes quantités de terres peut, à lui seul, produire le miasme paludéen.

Quelle est la nature de ce miasme? son mode de développement? son mode d'action? Peut-être un jour M. Pasteur nous l'apprendra-t-il. Quoi qu'il en soit, le fait existe. J'ai publié l'an dernier dans le Journal de Thérapeutique de mon éminent maître, M. le Professeur Gubler, un certain nombre d'observations des plus démonstratives à cet égard; les trois suivantes en sont de nouveaux exemples.

Le malade de l'observation CI était occupé depuis

cinq semaines, à Conflans, aux travaux de terrassements du chemin de fer. Là, il fut pris, comme plusieurs de ses camarades, d'accès de fièvre intermittente quotidienne. La malade de l'observation XCIX habitait près des démolitions, et souvent elle était obligée de les traverser.

Généralement ces fièvres *intermittentes de Paris* ont une physionomie un peu spéciale, elles sont peu graves ; elles n'ont pas toujours la même régularité cyclique que celles des pays à fièvre ; ainsi, il n'est pas rare de voir l'accès fébrile débuter dans la soirée, vers 3 heures, ou 4 heures ; enfin elles sont le plus souvent quotidiennes. On les guérit très-facilement. Cependant, de même que la malaria développée dans les conditions ordinaires, ces fièvres intermittentes produisent une anémie extrêmement prononcée et très-rapide. C'est ce qu'on a observé chez la malade de l'observation XCIX. En outre, chez elle, il est survenu, la convalescence étant franchement établie, une complication rhumatismale. Le 11 juin, la malade se plaint de douleurs dans le poignet gauche ; on y constate de la rougeur diffuse, avec gonflement, et des douleurs vagues dans les articulations de l'autre bras. D'ailleurs, ce rhumatisme léger, presque sans réaction fébrile, disparaît très-vite sous l'influence du salicylate de soude, administré à la dose de six grammes.

C'est sans doute à cet état anémique si rapide que produit la fièvre intermittente qu'est due une particularité clinique des plus intéressantes, observée chez un autre de nos malades, Obs. CI. Il était convalescent, et ne gardait de sa maladie qu'une anémie très-prononcée, quand, le 23 juillet, huit jours après son entrée à l'hôpital, il se plaignit de souffrir des doigts des pieds. Il avait, à la visite du matin, quoiqu'il fît très-chaud ce jour, absolument le phénomène de l'onglée ; les deux gros orteils des pieds étaient remarquablement pâles ; la peau froide, exsangue, insensible ; le

dos du pied était également froid et marbré par les veines sous-cutanées très-apparentes ; les autres orteils présentaient le même aspect ; ce phénomène dura deux heures et demie environ. Le lendemain, la syncope locale se reproduit, mais elle est de très-courte durée ; le surlendemain, il n'y eut rien de semblable.

J'ai déjà eu occasion de signaler un phénomène du même ordre, pendant la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu ; nous l'avons encore observé cette année, dans l'hystérie ; en outre, au chapitre spécial consacré à l'*asphyxie* locale des extrémités, je relaterai plusieurs autres observations très-intéressantes de ce genre d'accidents morbides : elles me permettront d'étudier ce phénomène d'une manière plus détaillée.

OBSERVATIONS

Obs. XCIX. — *Fièvre intermittente quotidienne contractée à Paris, au voisinage des démolitions. — Etat gastrique. — Anémie générale très-marquée. — Traitement par le sulfate de quinine. — Rhumatisme sub-aigu pendant la convalescence. — Amélioration rapide par le salicylate de soude ; pas d'action réellement curative.*

La nommée A.... Annette, âgée de 50 ans, ménagère.

Entrée, le 24 mai 1877, salle Ste-Madeleine, lit nº 18.

Renseignements. — Le père de la malade est mort à 74 ans, à la suite d'un refroidissement qui, dit-elle, provoqua un œdème généralisé.

Vers l'âge de 4 ou 5 ans, elle a eu la rougeole.

Chétive et délicate jusqu'à 15 ans environ ; à cette époque, elle est devenue chlorotique.

Réglée à 13 ans, ménopause à 48.

Les règles ont toujours été peu abondantes. Constitution scrofuleuse; cicatrices nombreuses au cou.

La malade est née dans le département de la Corrèze; son pays est marécageux et les habitants contractent assez souvent des fièvres périodiques; cependant elle n'a jamais eu d'accidents palustres.

Il y a 25 ans qu'elle habite Paris. Depuis 4 à 5 mois, on a fait de nombreuses démolitions et reconstructions dans son quartier.

Le 14 mai 1877, étant en bonne santé, la malade alla faire une longue course dans Paris; elle en revint extrêmement fatiguée. Le soir, vers 4 heures 1/2, elle fut prise d'un frisson, suivi bientôt de chaleur et de sueurs. La nuit, elle ne put dormir. Le lendemain matin, elle allait assez bien. Vers 4 heures du soir, elle fut reprise d'un frisson très-fort, puis elle sentit venir une chaleur brûlante, et elle sua ensuite abondamment.

Du 15 au 24 mai, les mêmes phénomènes se reproduisirent. Tous les jours, à 4 heures, la malade eut un accès de fièvre en tous points semblable à celui du début. Elle n'a fait aucun traitement; mais elle a été forcée de garder le lit.

État actuel. — Femme brune, de taille moyenne ; facies très-pâle ; décoloration générale du tégument cutané. — La peau est ridée, sèche. Au moment de l'examen, pas d'élévation anormale de la température. — Pouls petit, régulier, 80 pulsations. Souffle doux à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou.

Les conjonctives sont décolorées ainsi que les gencives.

La langue est blanche, saburrale. — L'appétit, presque nul. — Constipation.

La malade se plaint d'avoir de fréquents vertiges. — Un peu de céphalalgie persistante, en dehors des accès.

La rate est considérablement augmentée de volume. — Rien de particulier dans les autres organes.

Les urines sont un peu rougeâtres, elles ne renferment ni sucre ni albumine.

Vers 4 heures du soir, la malade est prise d'un frisson intense; elle claque des dents, elle grelotte; sa peau est froide et présente le phénomène de la chair de poule; la température axillaire est de 38°. Le frisson dure une heure environ. Au bout de ce temps, sensation de chaleur le long du dos, dans les membres inférieurs; puis l'élévation de la température devient générale. — T.A. : 40°, 4. La peau est de plus en plus sèche, rugueuse; les urines sont rares, foncées en couleur. — Au bout de deux heures environ, de petites perles de sueurs couvrent tout le corps; la sueur n'est pas très-abondante; cependant elle persiste jusqu'à huit heures du soir.

Immédiatement après le frisson, la malade se sent mieux, elle a moins de céphalalgie. Lorsque l'accès de fièvre est terminé, elle sent encore un peu de malaise général, de courbature.

Traitement. — 25 *mai.* — On donne à la malade 30 grammes de sulfate de magnésie.

Le soir, vers 4 heures 1/2, l'accès fébrile se reproduit; il est moins intense que la veille.

26 *mai.* — 1 gramme de sulfate de quinine. — Tisane de houblon — Bouillons, potages.

27 *mai.* — Hier au soir, l'accès est encore revenu à son heure habituelle; il n'a duré que 2 heures.

Aujourd'hui la température est normale (36° 6) à l'heure où la malade aurait dû avoir son accès. Même traitement.

29 *mai.* — La malade prend toujours un gramme de sulfate de quinine. Les accès fébriles ont tout à fait disparu. — Vin de quinquina.

3 *juin.* — La fièvre intermittente n'a plus reparu. —

On supprime le sulfate de quinine. L'état anémique est toujours très-prononcé. Pilules de Blaud. — Vin de quinquina.

11. — La malade se plaint d'avoir eu, la nuit dernière, des douleurs dans le poignet gauche. On constate ce matin de la rougeur, du gonflement au niveau de cette articulation; douleurs vagues dans l'autre bras et dans la cuisse gauche. Embrocations de baume tranquille sur le poignet; chiendent nitré.

13. — Potion avec 6 grammes de salicylate de soude.

16. — La douleur diminue beaucoup. On traite l'urine par un sel de fer (perchlorure) et on a la coloration violette foncée, caractéristique de la présence du salicylate dans l'urine.

La malade prend chaque jour 6 grammes de salicylate de soude. On est obligé d'interrompre cette médication pendant quelques jours, vers la fin du mois de juin et le commencement du mois de juillet, parce qu'il y a des phénomènes de légère intoxication. On la prescrit de nouveau lorsque ces phénomènes se sont dissipés. Les manifestations locales du rhumatisme sub-aigu (tuméfaction du poignet gauche) persistent, tout en s'atténuant lentement, ce gonflement est à peine douloureux.

14 *juillet*. — Encore un peu de gonflement au niveau des poignets; plus de douleurs.

15. — Bon appétit. — Pas d'accès fébriles. L'état anémique est moins prononcé. La rate est beaucoup moins volumineuse, mais elle est encore notablement plus grosse que dans l'état normal.

16. — Elle sort, le 16 juillet, guérie ou du moins n'offrant plus qu'un certain degré d'anémie.

Obs. C. — *Fièvre intermittente contractée à Paris au voisinage des démolitions. — Type quotidien. — Guérison rapide par le sulfate de quinine.*

La nommée D..., Fanny, âgée de 52 ans, cuisinière.

Entrée le 5 juillet 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 7.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 52 ans, a été réglée à 14 ans ; elle ne l'est plus depuis 8 années. — A l'époque de sa ménopause, elle n'a pas eu d'accidents particuliers.

Comme antécédents, elle n'accuse aucun signe de scrofule, ni de rhumatisme ; elle n'aurait jamais été souffrante jusqu'à il y a deux mois ; à cette époque elle a été prise de courbature générale, avec fièvre, sueurs abondantes, céphalalgie et vomissements ; ces symptômes disparurent après l'administration d'un purgatif.

Il y a 18 jours, la malade a eu un accès de fièvre. Depuis lors, elle est faible, fatiguée au moindre exercice ; elle éprouve des vertiges, des bourdonnements, des sifflements dans les oreilles ; elle a aussi des étourdissements. L'appétit est presque nul. Elle a régulièrement, tous les jours, le matin vers les 6 heures, des accès de fièvre, caractérisés par un frisson suivi de chaleur et de sueurs plus ou moins abondantes.

Le malade habite le boulevard St-Germain près des démolitions.

État actuel. — Femme de taille moyenne ; elle paraît plus vieille que son âge. La peau du visage est couverte de rides.

Température normale. — Pouls petit, régulier, 80. — L'appétit est encore assez bon. — Insomnies fréquentes ; la malade a des cauchemars.

Somme toute, son état général est assez satisfaisant. — Rien de particulier à noter du côté du cœur ou des poumons. — La rate, à la percussion, est manifestement augmentée de volume.

Urine normale.

La malade se plaint d'avoir, tous les matins, un accès de fièvre, caractérisé par un frisson de moyenne intensité et

durant une demi-heure environ. Elle éprouve ensuite une chaleur générale qui dure, dit-elle, une heure, puis elle sue assez abondamment.

Traitement. — On ordonne 1 gramme de sulfate de quinine et du vin de quinquina. Deux portions.

7 *juillet.* — L'accès fébrile est revenu ce matin ; il a duré aussi longtemps que les autres jours.

8 *juillet.* — Même traitement.

9 *juillet.* — L'accès fébrile, avec ses trois stades, a duré à peine une demi-heure ; il est venu un peu plus tard que d'habitude, vers 8 heures du matin.

10 *juillet.* — La fièvre ne se produit pas.

12 *juillet.* — La fièvre intermittente paraît avoir cédé définitivement. On donne : vin de quinquina, sirop d'iodure de fer. Ce traitement est continué jusqu'au 22 juillet. — Ce jour la malade quitte l'hôpital, guérie de sa fièvre intermittente, et très-améliorée, dans son état anémique.

Obs. CI. — *Fièvre intermittente contractée aux environs de Paris. —Type quotidien. — Anémie consécutive. — Syncope locale des extrémités survenant pendant la convalescence. — Guérison rapide par le sulfate de quinine.*

Le nommé C. Auguste, âgé de 55 ans, terrassier.

Entré le 19 juillet 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 12.

Renseignements. — A 16 ans, ce malade paraît avoir eu une arthrite chronique de l'articulation du genou gauche : cette arthrite aurait duré trois ans. Il dit qu'à plusieurs reprises des fragments du tibia s'échappèrent par une plaie située à la face interne du genou. L'arthrite a amené une déformation considérable de l'articulation, la jambe se déviant en dehors. Cette déviation existe encore aujourd'hui.

Il y a 15 ans, il fit une chute, suivie de fracture de deux côtes.

Il y a 10 ans, il fut atteint de dysentérie; cette maladie dura un mois et fut traitée à l'hôpital St-Antoine.

Ce malade était occupé, il y a 5 semaines, à Conflans, aux travaux de terrassement du chemin de fer. — Là il fut pris, comme plusieurs autres ouvriers, d'une fièvre intermittente quotidienne.

Le frisson commençait vers 10 heures du matin; puis se produisaient la période de chaleur et enfin celle de sueur, qui, paraît-il, était très-abondante. Tout le reste de la journée, le malade était parfaitement calme.

Après 4 ou 5 jours de maladie, on lui ordonna du sulfate de quinine, mais il prit tous les paquets qui avaient été mis à sa disposition en deux fois, et en resta là.

La fièvre disparut pendant 7 à 8 jours et revint au bout de ce temps avec les mêmes caractères qu'autrefois, et c'est dans cet état qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — C'est un homme fatigué, presque cachectique. Ses traits expriment la souffrance. Il est pris, au moment de la visite, de son accès de fièvre.

L'accès est identique à ceux du début. Il est annoncé par des bâillements et des douleurs le long des membres.

Le frisson commence à 10 heures. — La température rectale prise à ce moment marque 40°, tandis que la température axillaire est de 36° 2. Céphalalgie violente.

Le malade présente une teinte sub-ictérique qui est survenue depuis ses premiers accès. Le frisson dure près de 2 heures. Chaleur fébrile très-intense. T. A. : 40° 4. Au bout de trois heures, par conséquent cinq heures après le début des premiers accidents, se produit une sueur abondante. Vers 4 heures du soir, l'accès est complétement terminé; le malade se croit guéri.

Il n'a jamais eu d'épistaxis.

La *rate* est augmentée de volume assez notablement; légère hypertrophie du *foie*.

Le *cœur* présente deux bruits de souffle, l'un à la pointe, au premier temps ; il est très-intense et se prolonge vers l'aisselle. L'autre siége à la base ; il est faible. On entend dans les vaisseaux du cou un souffle continu avec renforcement.

Le *pouls* est régulier et non intermittent.

Poumons : état normal.

Les *digestions* se font bien.

Les *urines* sont normales.

Traitement : On donne 1 gramme de sulfate de quinine, en deux doses, à prendre à deux heures d'intervalle, le matin, et du vin de quinquina.

21 *juillet.* — Température : 36° 4 à 6 heures 1/2 du soir ; à 10 heures du matin, 36° 3. Sulfate de quinine, 1 gramme.

22 *juillet.* — L'accès de fièvre est venu hier à la même heure et n'a pour ainsi dire pas été modifié. Sulfate de quinine : 1 gramme.

23 *juillet.* — L'accès de fièvre est venu hier à onze heures ; il a été de très-courte durée. Même traitement.

24 *juillet.* — Hier légers frissons, vers midi ; fièvre à peine marquée. Sulfate de quinine : 1 gramme.

25 *juillet.* — Id.

26 *juillet.* — Le malade, hier, n'a pas eu d'accès de fièvre ; mais aujourd'hui, il est très-pâle, anémique ; de plus, il se plaint de souffrir des doigts des pieds ; il a le phénomène de l'onglée ; les gros orteils des deux pieds sont pâles ; il en est de même des autres orteils : la peau de ces orteils est froide, exsangue ; insensibilité absolue, au pincement, à la piqûre ; le dos du pied est froid, marbré par les veines sous-cutanées très-apparentes.

Ce phénomène dure 2 heures 1/2 environ.

Sulfate de quinine : 1 gramme.

27 *juillet.* — Il n'y a pas eu d'accès fébrile dans la

journée d'hier. Le malade a pu manger comme à son ordinaire. La syncope locale des membres inférieurs se reproduit ce matin, mais très-atténuée ; elle ne dure guère qu'une demi-heure.

On continue le sulfate de quinine.

28 *juillet.* — Aucun phénomène morbide, hier. Le malade reprend du teint; l'appétit est bon. On supprime le sulfate de quinine.

29 *juillet.* — Le malade quitte l'hôpital ce jour. L'état général cachectique est très-amélioré.

SECTION II

FIÈVRE TYPHOIDE.

L'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Paris, l'année dernière et au commencement de cette année, a été l'occasion de la publication de plusieurs travaux importants à divers titres. Je rappellerai le débat remarquable qui a eu lieu à l'Académie de médecine; les leçons cliniques de M. le Dr Maurice Raynaud, à l'hôpital Lariboisière; et la revue critique, si pleine de faits, publiée par M. Homolle dans le Recueil des Sciences médicales. Aussi ne signalerai-je ici que quelques observations qui m'ont paru, au point de vue clinique, avoir un certain intérêt.

L'observation CII concerne un jeune homme de 27 ans. Il est entré dans le service, vers le milieu du mois de novembre, c'est-à-dire au moment où l'épidémie de fièvre typhoïde était à son maximum d'intensité. Un premier examen a fait constater les symptômes suivants : abattement, fièvre, embarras gastrique, etc. En présence de ces signes, on supposa qu'il était uniquement atteint de la maladie régnante. Cependant ce malade se plaignait sur-

tout de tousser. En l'interrogeant de nouveau, on apprit qu'il toussait ainsi depuis trois semaines, qu'il s'était amaigri, qu'il avait des sueurs nocturnes, et enfin qu'il avait expectoré deux fois une petite quantité de sang. L'exploration méthodique des organes ne laissa aucun doute sur l'existence d'une tuberculisation pulmonaire à évolution subaiguë. On se demanda si les phénomènes de fièvre, d'abattement, etc., n'étaient pas dus à une poussée rapide de granulations tuberculeuses dans les poumons.

Mais les jours suivants, la fièvre continua à être intense; le malade eut des épistaxis; la constipation fit place à de la diarrhée; des taches rosées lenticulaires apparurent sur le ventre. Les présomptions auxquelles avait donné lieu l'examen du malade au moment de son entrée se trouvèrent confirmées : le malade était réellement atteint de fièvre typhoïde. Il s'agissait donc d'un cas de fièvre typhoïde observé chez un malade atteint de tuberculisation pulmonaire.

La fièvre typhoïde suivit à peu près la marche ordinaire. Cependant deux particularités de l'évolution méritent d'être signalées.

Le malade chez qui l'on avait constaté, le jour et le lendemain de son entrée, que l'urine ne contenait pas d'albumine, fut pris, dès le second jour, de douleurs vives dans la région lombaire, douleurs exaspérées par la toux et siégeant surtout du côté droit. Trois jours après son entrée à l'hôpital, on trouvait dans l'urine une grande quantité d'albumine, et en même temps ce liquide devenait louche, opalescent. Ces caractères de l'urine persistèrent pendant toute la durée de la fièvre typhoïde et longtemps encore après que tous les phénomènes de cette maladie avaient cessé. Dès les premiers jours de l'existence de l'albuminurie, on avait examiné l'urine au microscope et l'on y avait trouvé d'innombrables leucocytes. Du reste, on recon-

naissait facilement que l'urine contenait du pus, par la couleur de ce liquide, par la physionomie du dépôt, après un certain temps de repos du mélange, et par la viscosité que l'ammoniaque lui communiquait. Sous l'influence de l'addition d'une suffisante quantité de cette base, le dépôt se transformait, en effet, en un amas muqueux, filant, tenace, tombant tout d'un bloc, d'un vase dans un autre. Quelle était la signification de cette albuminurie et de cette pyurie? L'albumine n'était-elle que celle du sérum du pus? ou bien y avait-il albuminurie vraie, en même temps que présence du pus dans l'urine? D'où venait le pus? M. Vulpian, se fondant sur la quantité d'albumine contenue dans l'urine et considérant que cette quantité était hors de proportion avec celle que l'on trouve dans les urines simplement purulentes, admit qu'il y avait albuminurie vraie, et en même temps, pyurie. Pour la provenance du pus, il ne pouvait guère y avoir de doute. Le malade n'avait point de blennorrhagie, ni de cystite; de plus l'albumine et le pus étaient apparus dans l'urine après deux jours de douleurs violentes dans la région lombaire, avec redoublement de malaise général. M. Vulpian fut ainsi conduit à admettre que les modifications de l'urine avaient pour cause une affection des reins et probablement des bassinets. Le diagnostic qu'il établit fut *pyélo-néphrite*, surtout marquée du côté droit. Quant à la signification de cette lésion, devait-on rattacher la pyélo-néphrite à la fièvre typhoïde ou à la tuberculose? Ici l'on pouvait être embarrassé, car les reins, les calices et le bassinet peuvent, on le sait, devenir le siége d'altérations sous l'influence de la dothiénentérie. Cependant, en tenant compte de l'intensité des douleurs lombaires, de leur prédominance d'un côté et de la quantité du pus mêlé à l'urine, M. Vulpian pensa qu'il s'agissait d'une pyélo-néphrite liée plutôt à la tuberculose qu'à la fièvre typhoïde. Dès les premiers temps de cette affection des reins et des

voies urinaires supérieures, l'irritation aiguë du tissu rénal a provoqué une albuminurie assez abondante. Cette albuminurie était bien, en effet, surajoutée à la pyurie : comme il a été dit, la quantité d'albumine que l'on trouve, dans les cas où il n'y a que du pus dans l'urine, est considérablement moindre que celle dont l'urine était chargée chez ce malade. On aurait pu, si on ne l'avait pas su, l'apprendre par les examens de l'urine que l'on a pratiqués à divers moments de la durée de la maladie. On a vu, en effet, l'albumine disparaître presque complétement alors que l'urine contenait encore une notable proportion de globules de pus. Nous avons cherché des cylindres hyalins et de l'épithélium rénal modifié, altéré, soit libre, soit adhérent à des cylindres de ce genre : nous n'en avons pas vu ; mais il est vrai de dire que cette recherche n'a été ni très-répétée, ni très-prolongée chaque fois. C'est vers la fin de la durée de la fièvre typhoïde intercurrente que l'albuminurie a cessé. L'urine est restée purulente jusqu'à la mort.

L'autre particularité intéressante, c'est la production de très-nombreux abcès furonculeux, apparaissant, par poussées subintrantes, sur le pubis, le scrotum et les aines, abcès précédés par une éruption d'ecthyma sur la verge. En même temps que cet ecthyma, se produisirent des douleurs en urinant comme si le canal de l'urèthre était lui-même le siége d'une éruption de même nature. L'ecthyma n'a pas été causé par la présence de parasites ; on avait, dans cette hypothèse, fait pratiquer une onction de pommade mercurielle qui parut hâter la disparition des pustules ecthymateuses, mais cette friction n'empêcha pas le développement des furoncles et des abcès furonculeux dont il vient d'être question.

D'autres détails mériteraient d'être signalés d'une façon spéciale ; mais ils sont suffisamment indiqués dans l'observation. Je fais allusion : 1° aux épistaxis qui ont eu lieu à plu-

sieurs reprises et même tous les jours pendant un mois au moins, alors que la fièvre typhoïde était tout à fait terminée; 2° aux sueurs abondantes qui ont tourmenté le malade dans les deux derniers mois de sa vie et qui ont résisté, beaucoup plus que cela n'a lieu d'habitude, aux pilules et aux injections hypodermiques de sulfate d'atropine. Il a été impossible de faire l'autopsie de ce malade, de telle sorte que l'on n'a pas pu vérifier le diagnostic relatif aux altérations des reins et des voies urinaires supérieures : mais l'on peut dire que ce diagnostic était bien peu contestable.

Cette observation, digne d'attention sous plusieurs rapports, comme on le voit, l'est surtout, croyons-nous, par le fait du développement d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, évoluant chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire subaiguë. Il a été difficile de reconnaître quelle influence la fièvre typhoïde a exercée sur la marche de la phthisie. Celle-ci, je le répète, offrait déjà une marche subaiguë avant que les premiers symptômes de la dothiénentérie se fussent manifestés. Pendant la durée de cette maladie intercurrente, l'évolution des lésions pulmonaires n'a pas paru offrir une grande rapidité ; peut-être même, si on compare cette évolution, pendant cette période, à ce qu'elle a été une fois que la fièvre typhoïde a cessé, pourrait-on supposer qu'il y a eu comme un ralentissement de l'affection pulmonaire tant que le malade a été sous l'influence de cette fièvre. Mais, en réalité, cette supposition ne s'appuierait sur aucun argument très-probant. D'ailleurs, en même temps que la fièvre typhoïde, et peut-être sous son action, une détermination tuberculeuse avait lieu dans les reins, les calices et le bassinet, et il eût été impossible de savoir, dans le cas où le ralentissement de la marche de la tuberculose pulmonaire eût été plus frappant, s'il fallait l'attribuer à la dothiénenterie ou à une sorte de révulsion produite par la tuberculisation rénale.

— L'observation CIII est un exemple d'altération persistante du système nerveux central, dans le cours de la fièvre typhoïde. On connaît bien aujourd'hui, grâce aux recherches approfondies dont cette pyrexie a été l'objet, les accidents nerveux qui peuvent modifier plus ou moins profondément les formes ordinaires de la maladie. On sait que tout l'organisme est touché par la fièvre typhoïde : c'est par excellence une maladie *de toute la substance;* mais toutes les parties de l'organisme ne sont pas atteintes avec la même intensité, dans tous les cas. Tantôt c'est l'appareil respiratoire qui est le plus affecté; tantôt, c'est l'abdomen; d'autres fois, c'est l'encéphale, ou, d'une façon générale, le système nerveux central : de là, la forme abdominale, la forme thoracique, la forme nerveuse; il y a aussi des formes mixtes; et dans les formes relativement simples, un symptôme, avec lésion organique, peut prédominer, ce qui peut encore donner à la maladie une physionomie, une marche, une gravité spéciales. Lorsque la forme est nerveuse, les troubles fonctionnels et les altérations des centres nerveux dont ils sont les manifestations, peuvent même parfois, à cause de leur persistance et de leur gravité particulière, être considérés comme une véritable complication. Le cerveau peut être pris de telle ou telle façon, seul ou en même temps que les centres bulbo-médullaires; la moelle épinière peut être atteinte d'une manière prédominante. La dernière épidémie a fourni des exemples remarquables de ces diverses variétés. Pour ma part, j'ai observé dans le service de M. Vulpian deux faits de fièvre typhoïde dans lesquels les centres nerveux ont été atteints d'une façon spéciale et qui me paraissent devoir être publiés.

Le premier malade (obs. CIII) a eu une de ces fièvres typhoïdes, irrégulières dans leur expression symptomatique, anormales par leur marche, si difficiles à diagnos-

tiquer, même en temps d'épidémie; cependant la série des symptômes n'a pas laissé, au bout d'un certain temps, de doutes sur l'existence de la fièvre typhoïde. Le malade, pendant tout le cours de son affection, s'est surtout plaint d'une violente céphalalgie; c'était là ce qui le préoccupait le plus; cependant, il n'avait pas de délire, pas d'excitation nocturne, etc. La maladie progresse, arrive à son déclin, guérit; or, pendant la convalescence, plus d'un mois durant, le malade a conservé sa céphalalgie, aussi intense, aussi impitoyable qu'au début de sa maladie : il errait partout dans le service, se plaignant de sa tête, et bien des fois, à la visite du soir, je l'ai trouvé, le front couvert de linges trempés dans de l'eau froide; cela le soulageait un peu.

Je ne sais pas jusqu'à quel point on n'est point autorisé, en pareil cas, à soupçonner l'existence d'un très-léger degré de *méningo-encéphalite* superficielle, sub-aiguë, occupant surtout certaines circonvolutions cérébrales; en un mot, une de ces lésions dont M. Hayem nous a si bien montré les détails histologiques : cette opinion a été celle émise sous toutes réserves par M. Vulpian. — Je dois faire remarquer que je n'ai pas relevé chez ce malade d'antécédents alcooliques.

On a essayé de calmer la céphalalgie par le sulfate de quinine; puis, l'insuccès de cette médication étant bien constaté, on a prescrit le bromure de potassium à doses croissantes et décroissantes. M. Vulpian a donné d'abord 4 grammes par jour en deux paquets, puis 6 grammes en trois paquets, puis 8 grammes en quatre paquets, puis 10 grammes en cinq paquets : on abaissait ensuite, après deux ou trois jours de cette dernière dose, la quantité à 8 grammes par jour, puis à 6 grammes par jour, puis à 4 grammes pour remonter à 6, 8 et 10 grammes. Cette médication est restée tout aussi impuissante que l'autre, et

pourtant elle est très-efficace dans un grand nombre de cas de céphalalgie, ainsi que je l'ai vu dans le service de M. Vulpian. Le chloral, à hautes doses, les révulsifs cutanés (ventouses sèches, vésicatoires volants sur la nuque) restèrent sans effet. La céphalalgie s'est apaisée d'elle-même peu à peu, progressivement : elle n'avait cependant pas encore tout à fait disparu au moment de la sortie du malade. M. Vulpian manifestait le regret de n'avoir pas essayé, chez ce malade, l'action du salicylate de soude ; il a vu, en effet, ce médicament influencer d'une façon favorable des céphalalgies de causes diverses, alors que les autres médications étaient restées impuissantes.

— A côté du lit de ce dernier, était couché un autre malade qui, lui aussi, a présenté une complication sérieuse : mais c'est la moelle épinière qui, dans ce cas, a été atteinte d'une façon spéciale. Je me contente actuellement de dire quelques mots de ce fait ; l'observation détaillée sera mieux placée à propos des myélites aiguës et subaiguës.

Pendant le cours de sa fièvre typhoïde, presque au moment où commençait la convalescence, ce malade a été atteint de paraplégie incomplète, évidemment symptomatique d'une myélite diffuse subaiguë ; on a constaté les douleurs en ceintures, et les douleurs irradiées ; les contractures passagères, l'affaiblissement musculaire, l'atrophie, par régions, des groupes de muscles des jambes et des cuisses, la perte de la contractilité électrique, etc. Il faut remarquer que la fièvre typhoïde a été très-grave ; qu'elle a revêtu la forme thoracique ; que, pendant toute la convalescence, il s'est produit, dans les muscles, sous la peau, des abcès, en grande quantité ; que ces abcès ont siégé presque exclusivement sur le côté droit du corps, c'est-à-dire dans le côté correspondant à la moitié de la moelle la plus profondément atteinte. J'apprécierai plus loin, à propos des affections de la moelle, tous ces faits en détail ;

mais l'exemple est bien net, plus probant peut-être encore que le précédent. Il y a eu dans ces cas, non pas seulement des lésions dynamiques du système nerveux, mais bien des lésions profondes, destructives, et qui eussent été constatables, histologiquement parlant, si le malade n'avait pas heureusement guéri.

Ainsi qu'on peut s'en assurer, en se reportant à la lecture de l'observation (chap. XI), la fièvre typhoïde chez ce malade, a, comme je l'ai dit, affecté la forme thoracique. Les symptômes pulmonaires ont été, en effet, dominants pendant presque toute l'évolution de la maladie. Ils ont consisté en phénomènes de bronchite généralisée, de congestion pulmonaire, de bronchite capillaire, de broncho-pneumonie, de pleurésie double. Ces signes thoraciques ont été tels qu'à un moment donné, M. Vulpian s'est demandé si la maladie, soumise à son observation, n'était pas une tuberculose à marche rapide. — D'ailleurs les phénomènes généraux concomitants étaient fort graves : pendant plus de six semaines il a existé un état ataxo-adynamique très-accusé, et bien des fois le pronostic a été, pour ainsi dire, désespéré.

Il est intéressant de voir la complication médullaire survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde de longue durée, à forme pulmonaire, avec ataxo-adynamie et productions d'abcès nombreux, etc. Y a-t-il un rapport entre la gravité de la maladie et la détermination sur le système nerveux? On peut répondre d'une façon négative à cette question, du moins si l'on envisage les accidents spinaux, observés dans le cours de la fièvre typhoïde. En effet, on peut constater l'existence de troubles fonctionnels du centre bulbo-médullaire, par exemple de douleurs vives dans les membres, suivies ou non d'anesthésie plus ou moins persistante, dans des cas de fièvre typhoïde d'une moyenne ou même d'une faible intensité.

— L'observation CIV est un cas de *contracture des extrémités*, survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde. L'influence prédisposante de la fièvre typhoïde sur la tétanie est signalée depuis longtemps, mais cependant les faits de ce genre sont, en somme, relativement rares, et, à cet égard, ils demandent une mention spéciale.

L'épidémie de fièvre typhoïde, qui vient de se terminer à peine, a fourni plusieurs exemples de cette affection qui se rencontre le plus souvent dans le décours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde. J'en ai observé un certain nombre, à Beaujon, dans le service de M. le professeur Gubler.

M. Vulpian professe que la tétanie qui survient sous l'influence de la fièvre typhoïde est une manifestation symptomatique en rapport avec un léger état morbide de la moelle épinière : ce serait la traduction d'une faible irritation spinale. La fièvre typhoïde, comme nous le rappelions tout à l'heure, affecte, on peut le dire, tout l'organisme. Il n'est pour ainsi dire pas d'éléments anatomiques qui échappent à l'atteinte de cette pyrexie ; mais un grand nombre d'entre eux sont touchés si légèrement dans la plupart des cas, que leur fonctionnement n'est pas en souffrance réelle. Dans d'autres cas, ce fonctionnement est modifié ; il y a affaiblissement ou exaltation des propriétés physiologiques de tels ou tels de ces éléments dans tel ou tel organe ; l'atteinte peut être plus grave encore et il y a une lésion patente, plus ou moins durable, entraînant une perturbation fonctionnelle plus ou moins persistante. S'il s'agit de la moelle épinière et du bulbe rachidien, on voit que tantôt ces centres nerveux continueront à fonctionner d'une façon normale ou à peu près normale ; tantôt il y aura un simple trouble fonctionnel, d'où affaiblissement soit de la sensibilité, soit de la motilité, ou bien hyperesthésie, douleurs, spasmes musculaires, suivant le genre

d'atteinte des éléments anatomiques de ces organes ; tantôt enfin, il y aura myélite plus ou moins caractérisée, ou bien ramollissement de la moelle, d'où des paralysies persistantes, des atrophies, etc. La tétanie serait, dans les cas dont il s'agit, un spasme musculaire, dû à une irritation spinale qui aurait pour point de départ une légère atteinte de la moelle par la fièvre typhoïde. C'est là, du moins, un résumé des idées émises par M. Vulpian à propos de ce cas.

— L'observation CV concerne un cas de fièvre typhoïde grave, qui est un exemple de plus de ces éruptions cutanées qui, si souvent, surviennent pendant la convalescence des dothiénentéries sévères. La jeune malade, qui est l'objet de cette observation, a été couverte de pustules d'ecthyma ; ces pustules ont suppuré longtemps ; elles ont été remplacées par de profondes cicatrices. Dans l'espèce, il faut noter encore la longueur du temps pendant lequel ces accidents ecthymateux se sont produits : l'ecthyma a duré plus de deux mois ; les pustules, à peine guéries, étaient remplacées par d'autres, et ainsi de suite, pendant 65 jours environ.

— L'observation CVI est peut-être un exemple de *récidive* de fièvre typhoïde. Je dis récidive et non rechute, précisément parce que, dans le cas dont il s'agit, le malade était complétement guéri, ou du moins paraissait l'être, puisqu'on l'a envoyé passer, alors qu'il était déjà en pleine convalescence, vingt-cinq jours à la campagne. A son retour à Paris, il est repris d'un peu de malaise, de diarrhée, de maux d'estomac et de fièvre; les jours suivants, se sont déroulés les phénomènes classiques de la fièvre typhoïde.

Il n'est pas possible, d'ailleurs, d'affirmer, sans faire des réserves, qu'il s'est agi chez ce malade d'une vraie récidive, parce que nous ne l'avons pas vu pendant sa convalescence et qu'il nous est difficile de juger si, pendant son

séjour à la campagne, il était aussi complétement rétabli qu'il nous l'a dit.

Il serait intéressant, dans des cas de ce genre, de posséder la courbe de la température, suivie jour pour jour, pendant toute la convalescence, et de voir si la guérison de la maladie est bien entière, complète. M. le Dr Marrotte, le premier, a fait remarquer que tel de ces malades, en apparence guéri, avait le soir une légère fébricule, de sorte qu'on ne peut pas dire que la fièvre typhoïde avait terminé son évolution ; ce ne sont donc pas de véritables rechutes que l'on observe en pareil cas. M. Guyard, dans son excellente thèse (Étude sur la fièvre typhoïde à rechutes), a bien fait ressortir ces faits; ils demandent à être appuyés encore sur de nouvelles études thermométriques.

Les mots *rechutes* et *récidives* ont aujourd'hui une signification bien précise, au point de vue clinique tout au moins.

Le travail de M. Guyard définit nettement les deux expressions. La rechute et la récidive sont, l'une et l'autre, caractérisées par l'évolution d'un nouvel appareil symptomatique dont tout l'ensemble est semblable à celui qui, déjà, s'est manifesté une première fois ; en un mot, la fièvre typhoïde était disparue en réalité, ou du moins elle paraissait l'être, lorsque, une seconde fois, le malade est frappé par cette affection.

Voilà ce qu'ont de commun les deux termes ; mais ils sont séparés par cette différence capitale : la *rechute* survient pendant la convalescence, celle-ci n'étant pas terminée ; la *récidive* se montre longtemps après la guérison définitive, lorsque la convalescence est franchement achevée.

M. Raynaud avait établi cette distinction en disant : « La rechute survient pendant la convalescence; la convalescence n'est pas terminée lorsque survient la rechute. »

La définition de Murchison n'est pas moins catégorique : « On entend par rechutes, dit-il, une seconde évolution

du processus fébrile spécifique, après que la convalescence de l'attaque primitive est franchement établie. »

Le professeur Jaccoud, qui emploie indifféremment les deux mots *rechute* ou *reversion*, dit que ceux-ci doivent être employés « toutes les fois que la maladie se développe de nouveau *ab ovo*, et *in toto*, après un intervalle de convalescence qui ne laisse pas de doute sur la guérison de la première atteinte. Le terme récidive désigne, au contraire, la seconde attaque de la maladie, séparée de la première par un intervalle de plusieurs mois ou de plusieurs années. »

On voit, par ces citations, que la différence entre les faits exprimés par les deux termes, récidives et rechutes, est moins dans l'expression symptomatique des accidents nouveaux, que dans les moments de leur évolution, et c'est là, au point de vue pathogénique, le fait important. Comme il vient d'être dit, la rechute a lieu pendant la convalescence, la récidive, longtemps après que celle-ci est terminée. Quelle interprétation faut-il donner à ces faits? Il est permis de penser qu'une *récidive* est une seconde fièvre typhoïde, consécutive à une seconde infection, tandis que la rechute est une phase nouvelle d'une maladie dont l'évolution n'est pas terminée.

En effet, comme les auteurs, et M. Guyard en particulier, l'ont fait remarquer, les simples recrudescences se rapprochent beaucoup de la rechute. Elles reproduisent, comme celle-ci, traits pour traits, les symptômes typhiques ; seulement elles surviennent à un moment moins avancé de l'évolution de la maladie, et elles durent moins longtemps, mais elles peuvent prolonger beaucoup la durée de la fièvre, en se répétant plusieurs fois. Or, dans ce cas, il n'y a pas de doute, la maladie n'étant point terminée, les symptômes se sont simplement accentués davantage. Peut-être, je le répète, en est-il de même pour la rechute.

M. Raynaud pense que la *fièvre typhoïde à rechutes* est

une forme particulière de la dothiénenterie; pour lui, cette fièvre est à la forme commune ce que la fièvre récurrente est au typhus.

Cette question doctrinale a besoin d'être étudiée à l'aide de nouveaux faits : en tous cas, il paraît bien démontré aujourd'hui que la fièvre à rechutes est une maladie complétement distincte du typhus.

Quelle est la cause des rechutes? Beaucoup d'auteurs ont incriminé l'alimentation, d'autres nient l'influence de la diététique; Murchison, en particulier, affirme n'avoir jamais rencontré un fait de ce genre. C'est donc un point qui ne pourra être élucidé qu'au moyen de nouvelles données, tout à fait décisives.

OBSERVATIONS

Obs. CII. — *Fièvre typhoïde à évolution normale, survenant dans le cours d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide. — Guérison de la fièvre typhoïde. — Recrudescence des accidents pulmonaires après la cessation de la fièvre. — Albuminurie et urines purulentes. — Pyélo-néphrite. — Mort. — Pas d'autopsie.*

Le nommé H..., âgé de 21 ans, garçon de salle.

Entré le 20 novembre 1876, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 14.

Renseignements. — Cet homme, qui n'a aucun antécédent de famille, s'est toujours bien porté.

Depuis 3 semaines, ce malade tousse beaucoup et expectore peu; il aurait eu deux crachements de sang assez considérables. Durant ce temps, amaigrissement léger, fièvre continue avec exacerbation matinale. Sueurs nocturnes abondantes, constipation fréquente (une selle tous les

4 jours). Diminution de l'appétit. Pas de céphalalgie, ni de bourdonnements dans les oreilles ; pas d'épistaxis.

État actuel. — 21 *novembre.* — Homme brun, assez grand, déjà passablement amaigri. Il se plaint d'un affaiblissement général. Facies pâle. Pas de prostration. Insomnie, pas de céphalalgie.

Langue saburrale. Inappétence. Constipation. Abdomen légèrement ballonné.

Respiration facile. Toux fréquente, sèche. Expectoration muqueuse et muco-purulente, peu abondante.

A la percussion, submatité dans la région de la fosse sus-épineuse gauche.

A l'auscultation, craquements nombreux, manifestes après la toux, au niveau de cette même fosse sus-épineuse gauche ; râles sous-crépitants abondants en avant, au sommet gauche.

Les battements du cœur sont normaux.

Le pouls est fréquent et plein.

La peau est sèche et très-chaude.

Urine rougeâtre, peu abondante ; pas d'albumine, ni de sucre.

Température : 40° 4′ la veille au soir; 39° 8′ ce matin.

Traitement. — Purgatif. — Vésicatoire entre les deux épaules. — Potion gommeuse additionnée de 30 grammes de sirop de morphine. — Bouillon.

22 *novembre.* — Température : 40° 2′ la veille au soir; 39° 8′ ce matin.

Epistaxis. — Diarrhée légère. (Le malade a pris un verre d'eau de Sedlitz ce matin); quelques taches rosées lenticulaires sur l'abdomen.

23. — Très-légère épistaxis. Le malade se plaint d'une douleur très-vive dans la région lombaire droite, exagérée par la toux.

Langue très-saburrale.

Selles régulières. Céphalalgie vive s'apaisant un peu par moments.

Température : la veille au soir 40° 8′, ce matin 39°.

24. — Précipité albumineux très-abondant dans les urines. Epistaxis ce matin, mais plus considérable que la veille. Le point douloureux de la région lombaire droite est moins fort. Inappétence. Soif vive. Taches rosées persistantes, mais peu nombreuses. Abdomen peu ballonné.

Dans la fosse sus-épineuse gauche, les craquements sont moins forts. L'auscultation du poumon gauche en avant fait entendre des râles sous-crépitants très-nombreux.

Toux fréquente, sèche. Expectoration presque nulle. Céphalalgie plus vive et persistante. Bourdonnements d'oreilles. Pas de troubles de la vue, selles et miction faciles (une seule selle diarrhéique hier); souffle léger à la pointe du cœur et au 1er temps.

Subdélirium. Température : { La veille au soir 39° 2. / Ce matin 39°.

25. — Langue toujours saburrale. Ventre ballonné. Douleur lombaire droite. Toux fréquente. Expectoration abondante. Épistaxis. Taches rosées multiples.

L'albumine persiste dans les urines.

Injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine au niveau de la région lombaire droite.

27. — Epistaxis assez abondante. Douleur lombaire disparue. Pas de diarrhée. La miction devient difficile. Éruption d'ecthyma sur la région hypogastrique.

Albumine moins abondante dans les urines.

Température : { La veille 39° 4′. / Ce matin 39° 6′.

28. — Urines troubles. Précipité albumineux par la chaleur et l'acide nitrique. Au microscope, constatation de nombreux globules purulents.

Même état que la veille.

29. — Les urines sont troubles et laissent déposer une couche épaisse de matière opaque, jaune, un peu verdâtre, absolument analogue, comme aspect, à du pus. Diminution notable de l'albumine dans les urines. En mélangeant le dépôt des urines avec quelques gouttes d'ammoniaque, on le transforme en une masse visqueuse, tenace, tombant d'un seul bloc d'un vase dans un autre.

Douleur lombaire droite complétement disparue.

Pustules d'ecthyma nombreuses sur la région hypogastrique, le pubis et la partie supérieure et interne des cuisses.

Toux fréquente. Expectoration pénible.

Mêmes signes à gauche.

A droite, la percussion est douloureuse au niveau de la fosse sus-épineuse; les râles sibilants et crépitants sont nombreux.

Plus d'épistaxis. Fièvre persistante.

Pas de diarrhée.

1er *décembre.* — Les urines donnent un dépôt moins abondant. Persistance de l'albumine. La miction est un peu douloureuse.

3. — Même état.

4. — Disparition de l'albumine dans l'urine. Au microscope, diminution notable des globules de pus. Toux fréquente. Voix affaiblie. L'albumine reparaît.

5. — L'albumine disparaît dans les urines. Cependant on trouve un dépôt plus abondant que les jours précédents dans les urines rendues dans les 24 heures.

Toux fréquente. Expectoration peu abondante de crachats épais qui adhèrent au fond du vase.

A l'auscultation, râles sibilants et ronflants disséminés; râles sous-crépitants nombreux sous la clavicule gauche.

Rien au cœur. Insomnie. Pas de délire.

Température élevée. Pouls fréquent.

7. — Même état. L'acide nitrique décèle de nouveau une certaine quantité d'albumine dans les urines. Les pustules d'ecthyma, situées sur la verge, donnent une suppuration peu abondante.

Dans l'aine droite, existence d'un furoncle. La miction est toujours douloureuse ; pas de suintement uréthral. Fièvre persistante.

8. — Insomnie. Miction douloureuse. Diarrhée légère (3 selles). Il n'y a plus d'albumine dans les urines. Légère diminution de la fièvre.

11. — Même état. Abcès multiples dans les aines. Sous l'influence d'une onction mercurielle, les pustules d'ecthyma tendent à se dessécher. La miction est toujours douloureuse. Pas d'albumine dans les urines. La fièvre persiste.

12. — La fièvre a diminué. Le sommeil a été meilleur.

21. — Sueurs nocturnes très-abondantes. Furoncles multiples sur le pubis et les aines. L'albumine n'a pas reparu. La miction est toujours douloureuse et les urines troubles. Les sueurs ont été moins abondantes, presque nulles (le malade avait pris, la veille, dans la soirée, deux pilules de sulfate d'atropine de 1 demi-milligramme, chacune, à une heure d'intervalle).

31. — État à peu près le même que lors de la précédente note. On a élevé la dose d'atropine parce que les sueurs reparaissaient (3 pilules d'un demi-milligramme, chacune, l'une vers 4 heures de l'après-midi, les deux autres à 7 et 8 heures du soir. Dans la nuit d'avant-hier à hier le malade n'a pas eu de sueurs.

4 *janvier*. — L'albumine n'a pas reparu dans les urines. Celles-ci sont toujours troubles et donnent lieu à un dépôt moins abondant. Le malade n'a pas pris d'atropine depuis 2 jours.

22 *janvier*. — Depuis un mois des épistaxis se montrent tous les jours, mais avec une abondance variable.

Depuis plusieurs jours, diarrhée accompagnée de coliques assez vives; le malade allait sept à huit fois à la garde-robe dans les vingt-quatre heures. Cette diarrhée est arrêtée depuis hier, ainsi que les coliques, à la suite d'une injection de morphine (injection d'un centigramme de chlorhydrate de morphine sous la peau de l'abdomen, dans un demi-gramme d'eau distillée).

2 *février*. — Le malade sue, de nouveau, beaucoup depuis plusieurs semaines, toutes les nuits et parfois même pendant le jour. Il est obligé de changer de chemise jusqu'à 3 fois dans une nuit. On recommence à donner deux pilules de sulfate d'atropine, d'un demi-milligramme chacune, à une heure d'intervalle, le soir.

4. — Le malade a beaucoup moins sué ; il n'a été obligé de changer de chemise qu'une fois, tandis qu'il changeait 3 fois les nuits précédentes.

5-6. — Les deux pilules ont été prises tous les soirs; les sueurs sont toujours diminuées, mais elles ne disparaissent pas; il est nécessaire de changer de chemise une fois toutes les nuits. Comme le malade a la diarrhée, le médicament peut ne pas être absorbé complétement; les pilules sont remplacées par des injections de 1/2 milligramme de sulfate d'atropine.

7. — Une injection a été faite hier à 7 heures du soir, le malade n'en a pas sué moins abondamment vers minuit. Le matin il a été obligé de changer de chemise. Les jours suivants, on fait deux injections : une le matin vers 10 heures, l'autre, le soir, à 7 heures. On ne supprime pas complétement les sueurs, bien qu'elles soient notablement diminuées. Le malade d'ailleurs paraît éprouver quelques malaises sous l'influence de ces injections; il dort plus mal et se dit plus agité. Son état général va évidemment en empirant par suite de la marche progressive des lésions pulmonaires. On suspend les injections de sulfate d'atro-

pine le 10 février. On continue, au contraire, à pratiquer, chaque jour, une ou même deux injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine dans la paroi abdominale ; ces injections modèrent incontestablement la diarrhée et suppriment presque complétement les coliques.

23 *février*. — En ballottant les mollets on détermine de la douleur. Il y a certainement des thrombus dans les veinules profondes, et par conséquent une menace de *phlegmatia alba dolens*.

27 *mars*. — Pendant le courant de ce mois, le malade est allé en s'affaiblissant de plus en plus. L'amaigrissement général était très-prononcé ; fièvre vive ; sueurs abondantes ; appétit nul. Insomnie opiniâtre.

Les deux poumons sont creusés de vastes cavités.

Les urines contiennent toujours du pus, mais en moindre quantité.

Cet état est allé en s'aggravant d'une façon progressive, pendant le mois d'avril. Le malade a, de temps à autre, des épistaxis. Le 27 avril, il se met à cracher du sang en abondance, et il meurt dans la soirée.

L'autopsie n'a pas pu être faite.

Phymatose (à marche rapide). — *Dosage de l'Urée.*

DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.	DATES.	RÉGIME.	QUANTITÉ d'urine rendue en 24 heures.	POIDS de l'urée rendue en 24 heures.
Mars		litres.	grammes.	Mars		litres.	grammes.
11	1 portion.	2,25	14,655	28	2 portions.	2, »	17,934
13	Id.	2,50	35,215	29	Id.	2, »	15,372
14	Id.	1,25	11,392	31	1 portion.	1,50	13,450
				Avril			
15	Id.	2,25	20,506	2	Id.	2, »	20,496
19	Id.	1,25	9,781	3	Id.	2, »	17,934
20	Id.	3, »	23,058	5	Id.	2, »	17,934
22	Id.	2, »	23,058	7	Id.	2, »	15,372
25	Id.	1,50	29,215				

Observations faites à la température 15°.

Obs. CIII. — *Fièvre typhoïde à marche irrégulière, offrant comme symptôme dominant une violente céphalalgie. — Persistance de la céphalalgie pendant toute la durée de la convalescence. — Inefficacité du bromure de potassium à hautes doses et du sulfate de quinine.*

Le nommé G..., âgé de 33 ans.

Entré le 25 avril 1877, salle St-Jean-de-Dieu, n° 3.

Renseignements. — Ce malade ne présente rien de particulier à noter, au point de vue de ses antécédents; il n'a jamais été malade. Il y a quelques jours il a été pris de malaises, de courbature, de fièvre assez vive surtout le soir; son appétit a complétement disparu ; la nuit, il ne pouvait dormir; un peu de diarrhée.

Lorsque vient la fièvre, elle commence, dit-il, par un frisson assez intense qui dure une heure environ, puis survient une période pendant laquelle la chaleur est très-vive, et enfin il finit par suer abondamment; ces sueurs le fatiguaient toute la nuit. Les quatre ou cinq premiers jours, il a pu, tant bien que mal, continuer son travail; depuis trois jours il garde la chambre.

Etat actuel. — Homme de moyenne stature, très-brun, paraissant plus vieux que son âge.

La figure est pâle, les pommettes seules sont rouges; les traits du visage expriment la fatigue et la souffrance; pas de stupeur, à proprement parler.

La peau est sèche et chaude au toucher. — T. A. : 39° 2. — Pouls petit : 120 pulsations.

Langue blanche, saburrale; elle est un peu rouge sur les bords; état nauséeux presque constant. — Constipation. — Le ventre est un peu ballonné; pas de douleurs bien marquées dans la fosse iliaque droite. — Pas de taches rosées lenticulaires. Perte complète d'appétit.

La percussion montre que la rate est assez notablement augmentée de volume. — Rien à noter du côté du foie;

râles de bronchite disséminés çà et là, dans les poumons. — Cœur normal.

Les urines sont rouges, très-fébriles; elles contiennent un léger nuage d'albumine.

Le malade se plaint surtout de ne pas dormir la nuit, parce que, dit-il, il souffre beaucoup de la tête. La céphalalgie est presque continue; elle occupe toute la calotte crânienne, mais elle est surtout accentuée dans la région frontale. — De temps à autre, la céphalalgie diminue, ou bien, au contraire, il survient un paroxysme, et la souffrance peut être telle qu'elle arrache des cris au malade.

Il n'existe point de troubles de la vue, pas de phénomènes particuliers du côté de l'ouïe.

D'après le dire du malade, il a, tous les soirs, vers 4 heures, un accès fébrile complet, caractérisé par un frisson assez intense, durant une demi-heure environ, puis par de la chaleur et de la sueur. Il est en moiteur une partie de la nuit.

Traitement. — On donne : 30 grammes de sulfate de soude, bouillon; T. A. : 39° 3.

26 *avril.* — Le malade a été beaucoup à la garde-robe. Il souffre un peu moins de la tête. — La face est rouge, vultueuse. — Quelques frissons légers : T. A. : 39. On ordonne un gramme de sulfate de quinine.

27 *avril.* — La nuit a été assez bonne. — Vers 8 h. du soir, hier, le malade a sué abondamment. — T. A. : 39° 4; sulfate de quinine, 1 gramme.

28 *avril.* — Le mouvement fébrile qui, jusqu'alors, était survenu vers 4 ou 5 h. du soir, se reproduit encore, mais moins accentué. Il n'y a pas une grande différence entre la température du matin et celle du soir; le matin, le thermomètre monte à 38° 8 en moyenne, le soir à 39° 4. — Un gramme cinquante de sulfate de quinine.

29 *avril.* — Le frisson ne se renouvelle plus. Les périodes

de chaleur et de sueur persistent encore, quoique le moment de leur apparition soit retardé. La céphalalgie qui, ces jours derniers, avait semblé diminuer un jour, se reproduit. Le malade dit qu'il n'a pu dormir la nuit, à cause de la souffrance de la tête. Ce matin, il souffre encore beaucoup, cependant le mouvement fébrile est moins accentué. On donne deux grammes de sulfate de quinine. Jusqu'à présent, il ne s'est pas produit de taches rosées lenticulaires. — T. A. : le matin, 38° 7 ; le soir, 39° 5.

30 *avril.* — La céphalalgie est toujours très-vive ; il survient, par instants, des paroxysmes. Alors le malade souffre beaucoup ; ses traits peignent une violente douleur ; quelquefois même il pousse des cris ; cependant l'intelligence reste intacte ; il n'y a pas de délire.

Quelques taches rosées lenticulaires apparaissent sur le ventre.

La pression au niveau de la fosse iliaque droite détermine un peu de douleur et des gargouillements ; jusqu'à présent ces phénomènes avaient été à peine sensibles ; il existe un peu de diarrhée. T. A., m. : 38° 2; s. : 38° 9.

M. Vulpian suspend l'emploi du sulfate de quinine qui avait été donné hier, à la dose de deux grammes. L'usage du médicament a déterminé des bourdonnements d'oreilles très-accusés ; cependant il n'y a eu aucun changement dans l'intensité de la céphalalgie. On donne 4 grammes de bromure de potassium en 2 paquets.

1er *mai.* — Même état que la veille. Le malade dit que sa douleur de tête a encore augmenté. Six grammes de bromure de potassium en trois paquets, à prendre en trois fois : le matin, dans le milieu du jour et le soir. T. A., m. : 38° 1 ; s. : 39°.

2 *mai.* — Insomnie opiniâtre. Tous les soirs, vers 8 h., le malade sue abondamment. La diarrhée a un peu augmenté. T. A., m. : 38° 4; s. : 39° 2. On donne six grammes de bromure de potassium en trois paquets.

3 *mai.* — La céphalalgie est peut-être un peu moins vive. La langue est sèche, un peu fuligineuse ainsi que les gencives. — Même traitement. T. A., m. : 38; s. : 39° 1.

4 *mai.* — Le malade se trouve mieux; il a dormi un peu la nuit. — T. A., m. : 38; s. : 38° 7.

5 *mai.* — Le mieux se maintient; le malade demande un peu à manger. On continue le traitement. T. A., m. : 38°; s. : 38° 6.

6 *mai.* — Même état. — T. A., m. : 38° 2; s. : 38° 8.

7 *mai.* — Le malade, dans la soirée, a souffert un peu de la tête; cependant il a pu dormir quelques heures la nuit. Plusieurs selles liquides. Le ventre est toujours ballonné. Rien à noter du côté de l'appareil respiratoire, si ce n'est quelques râles sibilants. T. A., m. : 38° 1; s. : 5° 39.

8 *mai.* — Céphalalgie assez vive, persistante. On donne 8 grammes de bromure de potassium en 4 paquets. T. A., m. : 38°; s. : 38° 9.

9 *mai.* — La douleur de tête est extrêmement violente. Le malade se pelotonne dans son lit, et se cache la tête ; il pousse des gémissements continuels. — Pas de vomissements, pas de strabisme, pas de contracture musculaire. La nuit, le malade, malgré la céphalalgie qui l'accable, n'est pas agité; pas de délire. T. A. : 38° 2; s. : 39° 4.

10 *mai.* — La céphalalgie est toujours très-intense ; l'état général est cependant plutôt amendé; le malade prend quelques potages. T. A., m. : 38; s. : 38° 8. Même traitement.

11 *mai.* — Même état : T. A., m. : 38° 1; s. : 38° 7.

12 *mai.* — Id. T. A., m. : 38°; s. : 38° 6.

13 *mai.* — Id. T. A., m. : 38° 1; s. : 38° 4.

24 *mai.* — La céphalalgie s'est produite, la nuit, avec une très-grande intensité; le malade, par ses cris, a empêché les voisins de dormir. — T. A., m. : 38°; s. : 38° 5. On donne 10 grammes de bromure en 5 paquets.

15 *mai.* — Id. T. A., m. : 38°; s. : 38° 4.

16 *mai.* — Même état. T. A., m. : 38° 1 ; s. : 38° 3.

17 *mai.* — Id. T. A., m. : 38° ; s. : 38° 5.

18 *mai.* — La céphalalgie, quoique violente encore, est cependant moins vive ; on abaisse la dose de bromure à 8 grammes en 4 paquets. T. A., m. : 37° 8 ; s. : 38° 2.

19 *mai.* — Id. T. A., m. : 37° 9 ; s. : 38° 1.

20 *mai.* — Id. T. A., m. : 37° 8 ; s. : 38° 3.

21 *mai.* — La céphalalgie persiste toujours ; cependant l'état général du malade est bien meilleur. L'appétit revient, il commence à manger une portion. T. A., m. : 39° 8 ; s. : 38.

22 *mai.* — On donne seulement six grammes de bromure de potassium en trois paquets. T. A., m. : 37° 7 ; s. : 38°.

23 *mai.* — Id. T. A., m. : 37° 8 ; s. : 37° 9.

24 *mai.* — Id. T. A., m. : 37° 7 ; s. : 38° 8.

25 *mai.* — Le malade mange maintenant deux portions, il entre en convalescence : T. A., m. : 37° 6 ; s. : 37° 8. On supprime le bromure de potassium qui ne paraît pas avoir modifié la céphalalgie.

26 *mai.* — Id. T. A., m. : 37° 5 ; s. : 37° 7. Chloral hydraté : 2 grammes en sirop, le soir.

27 *mai.* — L'état général est satisfaisant ; le malade va mieux ; il reprend ses forces. La céphalalgie paraît être toujours aussi forte qu'auparavant, ce qui tourmente beaucoup le malade : T. A., m. : 37° 6 ; s. : 37° 8. Chloral hydraté (1 gramme vers 4 heures ; 2 grammes le soir, vers 8 heures).

28 *mai.* — Id.

29 *mai.* — Id. Chloral : 5 grammes (2 grammes entre 3 et 4 heures et 3 grammes, l'un après l'autre, à 20 minutes d'intervalle entre 7 heures et demie et 8 heures et demie).

30 *mai.* — Le malade est en pleine convalescence ; l'appétit est bon ; cependant la céphalalgie persiste toujours. Température normale.

31 *mai.* — Id.

1er *juin.* — Le malade commence à se lever; il est encore très-faible. — L'expression de son visage exprime toujours la souffrance. — La céphalalgie, au moment des paroxysmes, est vraiment atroce; le malade dit qu'il a peur que sa tête éclate. Il erre dans la salle, en poussant des cris. M. Vulpian a fait appliquer des ventouses sèches hier sur la région de la nuque. On continue le chloral hydraté à la dose de 5 grammes par jour.

5 *juin.* — Les forces reviennent petit à petit, mais la douleur de tête persiste presque aussi violente que par le passé. Vésicatoire sur la nuque.

12 *juin.* — La plaie, déterminée par le vésicatoire dans la région de la nuque, est guérie ; on place deux nouveaux vésicatoires de chaque côté des oreilles. On supprime le chloral.

15 *juin.* — Toutes les fonctions s'exécutent bien, mais la céphalalgie est toujours extrêmement violente. Lorsque viennent les paroxysmes, le malade se met à marcher très-vite dans la salle ; il se couvre la tête de compresses d'eau; quelquefois même il la frappe contre les murs.

20 *juin.* — On renouvelle les vésicatoires derrière les oreilles. Le mal de tête a un peu diminué.

25 *juin.* — On donne au malade du vin de quinquina et du sirop d'iodure de fer; ses forces reviennent bien. La figure est moins pâle. La céphalalgie diminue progressivement.

5 *juillet.* — L'état général est très-bon, mais la céphalalgie diminue bien lentement au gré du malade.

10 *juillet.* — Le malade commence à pouvoir dormir cinq à six heures. — La céphalalgie, quoique atténuée, persiste encore. Le malade part à Vincennes le 15 juillet; il souffrait toujours de la tête.

Obs. CIV. — *Fièvre typhoïde légère. — Contracture des extrémités survenant vers le 24e ou 25e jour de la maladie.*

Le nommé G... Camille, âgé de 20 ans, typographe.

Entré le 18 janvier 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 15.

Renseignements. — Le malade s'est toujours bien porté jusqu'à présent. Il habite Paris depuis huit mois seulement.

Il y a 8 jours, il est resté quelque temps exposé à un courant d'air, et s'est considérablement refroidi.

Le soir même, il a été pris de frissonnements répétés, mais qui n'ont pas été jusqu'au claquement des dents. Les jours suivants, ces petits frissons se sont reproduits.

En même temps une céphalalgie, d'abord peu intense et qui tantôt augmentait tantôt diminuait, se montra. Il survint pendant deux jours une diarrhée à la suite de laquelle, le malade, sur le conseil d'un médecin qu'il vit alors, prit un purgatif.

Un mieux sensible se manifesta et il put ainsi vaquer à ses occupations encore pendant 5 ou 6 jours, mais, au bout de ce temps, les phénomènes s'aggravèrent.

La fièvre devint plus forte ; elle augmentait surtout le soir. Elle fut accompagnée de courbature et d'anorexie.

Etat actuel. — La face est congestionnée. Le malade est abattu, mais il répond nettement aux questions qui lui sont adressées. Il a de l'insomnie. Aussitôt qu'il s'endort, il se réveille en sursaut, ou bien son sommeil est troublé par des rêves fatigants. On a même remarqué un peu de subdelirium passager depuis 3 ou 4 jours.

La peau est sèche. Il n'y avait pas de sueurs du reste les jours précédents. T. A. : 40° 2.

Le ventre est un peu distendu par les gaz et rend à la percussion un son tympanique. A la pression on y détermine de la douleur, mais également des deux côtés.

Pas de diarrhée. Pas de taches rosées lenticulaires.

La rate est augmentée de volume.

Pas d'épistaxis.

Le malade tousse beaucoup. La percussion du thorax dénote une submatité aux deux bases en arrière. On n'entend que des râles sibilants disséminés dans la poitrine.

La langue est rouge sur les bords et blanche au milieu.

Le malade se plaint surtout d'un mal de gorge qui le gêne beaucoup pour avaler. La muqueuse est sèche, rouge, un peu luisante.

La soif est très-vive.

Constipation et rétention d'urine ; on est obligé de sonder le malade.

Les urines présentent de l'acide urique. Un peu d'albumine et un peu de bleu urinaire.

Traitement. — On donne 15 grammes d'huile de ricin. — Bouillons. — Limonade. — T. A. : 40° 1.

20 *janvier.* — Le malade est très-abattu ; il a eu trois garde-robes liquides. — T. A. : 40° 3.

21 *janvier.* — Même état. Eau vineuse ; lavement simple.

22 *janvier.* — La rate est plus augmentée de volume que le jour de l'entrée. Apparition de quelques taches rosées lenticulaires. — T. A. : 40°.

23 *janvier.* — Le ventre se ballonne davantage. — La constipation persiste.

24, 25, 26, 27 *janvier.* — Pas de changement dans l'état général. La température est toujours élevée. — T. A. : 40°.

29, 30, 31 *janvier.* — Id.

3 *février.* — 1er et 2 *février.* — L'état typhique est moins accentué. — La diarrhée est survenue. Immédiatement après l'ingestion de vin de quinquina et de sa portion de vin de Bordeaux, le tout à la fois, il a été *pris de contracture des extrémités.* Pendant 3 heures les doigts sont restés fléchis, toutes les phalanges inclinées les unes sur les autres. Les pouces étaient étendus et les avant-bras dans une demi-flexion.

Le phénomène ne s'est pas reproduit le lendemain.

4 *février*. — Le malade est un peu mieux ; la stupeur est moins profonde.

5, 6, 7, 8 *février*. — État stationnaire.

10 *février*. — L'état général est meilleur. — T. A. : 38° 4 ; s. : 39.

15 *février*. — L'appétit revient. — T. A., m. : 38° ; s. : 38° 4.

20 *février*. — Le malade est convalescent. — T. A., m. : 37° 4 ; s. : 38.

25 *février*. — Le malade mange deux portions ; il se lève une partie de la journée. — Température normale.

1er *mars*. — Ce jour le malade sort, en pleine voie de guérison.

Obs. CV. — *Fièvre typhoïde grave. — Éruptions ecthymateuses survenant par poussées successives, et ayant duré plus de deux mois : guérison.*

La nommée L... Marthe, âgée de 22 ans, couturière.

Entrée le 4 novembre 1876, salle Ste-Madeleine, lit n° 21.

Renseignements. — Cette malade entre avec de la fièvre et le facies typhoïde.

Bonne santé antérieure. Réglée à 12 ans, et, depuis lors, toujours régulièrement.

N'est à Paris que depuis 3 mois.

Il y a 12 jours, la malade a commencé à se trouver mal à son aise, étant à l'époque de ses règles ; celles-ci eurent leur durée et leur abondance ordinaires.

La malade ressentait une céphalalgie assez vive, des étourdissements, une grande faiblesse générale. — Pas d'épistaxis.

Le lendemain, la malade se purge, et, depuis lors, diarrhée assez abondante.

La fièvre, le malaise et la diarrhée persistant, la malade entre à l'hôpital, le 12e jour de son affection.

5 *novembre. Etat actuel.* — Facies typhique. — Surdité assez accentuée.

La malade se plaint de sa tête, mais elle ne souffre pas du ventre. — Peau moite.

Pouls 120 à 130, régulier, plein. Pas de bruits anormaux à la région du cœur.

Pas de toux; pas de râles, à l'auscultation du thorax.

Éruption abondante de taches rosées sur l'abdomen, le thorax et la face antérieure des bras.

Insomnie. Rêves. Appétit nul. Langue rouge sur les bords, blanche au milieu. Diarrhée.

Ventre un peu ballonné. Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Urines rougeâtres, peu abondantes. — Un nuage d'albumine. T. A. : 39° 4.

Traitement. — Chloral, 2 g.; sulfate de quinine, 1 g. Infusion de tilleul. — Bouillon.

6 *novembre.* — Diarrhée très-abondante. Le malade aurait eu plus de 10 selles depuis hier au soir. T. : 39°. Extrait de quinquina, 4 g.

8 *novembre.* — Diarrhée toujours très-abondante. — Éruption de taches encore très-visible sur le ventre et la poitrine.

9 *novembre.* — Limonade phéniquée. — La malade a vomi plusieurs fois depuis hier matin. Commencement d'eschares au siége.

10 *novembre.* — Encore des vomissements. — 8 à 10 selles diarrhéiques (l'eschare paraît avoir succédé à des bulles de pemphigus).

12 *novembre.* — Nouvelles eschares au sacrum. Toujours des vomissements. Abattement considérable.

13 *novembre.* — Surdité plus marquée. — Suppression

de la limonade phéniquée. Encore des vomissements.

La malade tousse un peu. — Râles sifflants et ronflants des deux côtés de la poitrine.

14 *novembre.* — La malade n'a vomi qu'une fois depuis hier matin ; elle n'a eu que 3 selles.

Elle paraît un peu plus réveillée.

17 *novembre.* — Plus de vomissements. — Suppression du sulfate de quinine.

19 *novembre.* — Éruption de boutons d'ecthyma sur les grandes lèvres et le périnée. — Une pustule, plus volumineuse, a produit un gonflement notable de la grande lèvre gauche. — Cataplasme.

20 *novembre.* — La malade mange une portion.

22 *novembre.* — Toutes les pustules ouvertes, suppurent encore assez abondamment.

23 *novembre.* — La malade se lève pour la 1re fois.

5 *décembre.* — Les forces ne reviennent pas vite. La malade n'a pas beaucoup d'appétit. Elle tousse un peu. On ne trouve rien dans la poitrine. De nouvelles pustules d'ecthyma se produisent dans la région dorsale.

10 *décembre.* — Bon appétit. — Amaigrissement très-notable.

La malade descend dans la cour pour la première fois.

19 *décembre.* — Un peu de céphalalgie ce soir ; la peau est chaude. — Pas d'épistaxis. — Pas de diarrhée. — Pas de douleurs dans le ventre.

20 *décembre.* — Toujours un peu de fièvre. — Inappétence.

Pas de diarrhée le soir. — Peau chaude, langue sèche. — Céphalalgie occipitale intense. Pas d'épistaxis, ni de diarrhée.

Douleurs vagues dans les membres. T. : 40° 5. Poussées successives d'ecthyma sur les cuisses et le dos.

21 *décembre.* — Toujours de la céphalalgie. — Douleurs

dans les membres. — Pas de diarrhée. — Pas de douleurs de ventre. T. : 39° 6. — Sulfate de quinine : 0,50 cent.

Le soir. La malade a vomi après avoir pris un de ses paquets de sulfate de quinine. — Faiblesse. Inappétence. — Céphalalgie. T. : 40° 2.

22 *décembre.* — La malade se trouve mieux ce matin. Céphalalgie moins vive. — Toujours des douleurs dans les jambes. T. : 38.

Le soir. La malade se trouve mieux. — Elle a un peu mangé. — Toujours des douleurs dans les jambes. T. : 38° 4.

26 *décembre.* — Beaucoup de mieux. — Plus de fièvre. La malade est encore faible et commence à avoir de l'appétit.

15 *janvier.* — La convalescence se fait lentement.

On constate de la douleur dans la région lombaire droite, douleur que la pression augmente. Les autres régions de l'abdomen sont douloureuses aussi à la pression. Il semble y avoir un peu de sérosité dans la cavité péritonéale ; mais on ne parvient pas à s'en assurer complètement. Teinture d'iode sur la région lombaire droite. Cataplasmes sur le ventre.

Au bout de quelques jours les douleurs abdominales disparaissent.

25 *janvier.* — La malade ne souffre plus de son ventre. Il n'y a que quelques jours qu'il ne se forme plus de pustules d'ecthyma.

6 *février.* — Elle sort du service guérie, mais encore très-faible.

Obs. CVI. — *Fièvre typhoïde guérissant rapidement. — Convalescence. — Récidive de la fièvre typhoïde au bout d'un mois environ. — Bénignité de cette seconde fièvre.*

Le nommé L... Pierre, âgé de 30 ans, employé de commerce.

Entré le 25 décembre 1876, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 28.

Renseignements. — Vers le milieu d'octobre 1876, le malade a été pris de fièvre typhoïde; il est entré, le 1er novembre, à la maison de Santé et il en est sorti en pleine convalescence; sa fièvre typhoïde a été d'une intensité moyenne. Les détails donnés ne laissent pas de doute sur l'existence de la maladie; d'ailleurs les renseignements pris à l'hôpital ont confirmé le dire du malade. A sa sortie, le 29 novembre, il est allé pendant vingt-cinq jours à la campagne. Il s'y était, dit-il, tout à fait rétabli. Lors de son retour à Paris, le malade a été repris d'un peu de malaise, de diarrhée, de maux d'estomac, et, de temps en temps, d'un peu de fièvre. Cet état ne faisant que s'accentuer davantage de jour en jour, il se décide à entrer à l'hôpital de nouveau.

Etat actuel. — Le malade est abattu; il répond difficilement aux questions qu'on lui adresse; sa mémoire paraît lui faire défaut de temps à autre. Il se plaint du manque d'appétit, de faiblesse et de diarrhée. Pas d'épistaxis; céphalalgie assez vive; un peu de vertige et de bourdonnements d'oreilles. Insomnie opiniâtre, cauchemars fréquents.

La langue est rouge, pas trop sèche; le ventre n'est pas ballonné; il n'est pas non plus douloureux à la pression, mais on aperçoit sur l'abdomen et sur le thorax quelques taches rosées lenticulaires bien nettes. Constipation.

L'examen de la poitrine ne fait rien constater en avant, ni à la percussion, ni à l'auscultation. En arrière, à gauche, le sommet est un peu mat; à l'auscultation, l'expiration est prolongée; en un point très-limité vers l'angle de l'omoplate, on entend un peu de râle sous-crépitant.

Il n'y a rien à noter du côté du cœur.

La rate est un peu volumineuse à la percussion.

Les urines sont rougeâtres; léger nuage d'albumine. T. A., m. : 40° 1; s. : 40° 5.

Traitement. — Lavement purgatif. Potion avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina. Sulfate de quinine 1 gr., en 2 doses, une le matin et une le soir.

27 *décembre.* — Le malade est un peu mieux; il a eu quelques garde-robes liquides.

Les taches rosées lenticulaires sont très-nombreuses. T. A., m. : 39° 8; s. : 40° 1.

Toux fréquente; expectoration muco-purulente.

Râles sous-crépitants au niveau de la partie moyenne de l'omoplate droite.

28, 29, 30, 31 *décembre.* — Tous ces jours, l'état général du malade est resté stationnaire.

1er *janvier.* — Le malade commence à manger un peu. La température s'est abaissée. — T. A., m. : 38; s. : 38° 6.

10 *janvier.* — Le malade va mieux. T. A., m. : 37° 8; s. : 38° 2.

15 *janvier.* — La convalescence commence à s'établir; température normale.

26 *janvier.* — Le malade quitte l'hôpital ce jour. Il est en pleine convalescence.

Somme toute, sa nouvelle fièvre typhoïde a été très-légère.

SECTION III

DE LA CHLOROSE ET DES ANÉMIES.

La description classique de la chlorose et des anémies s'est enrichie, dans ces dernières années, de travaux importants. Il est possible aujourd'hui, grâce aux modifications apportées à la méthode de Welcker, par MM. Malassez et Hayem, de connaître, avec exactitude, et les variations de

nombre et les variations de propriétés, de l'agent principal du liquide sanguin, le globule rouge.

MM. Lorain et Parrot, dans de remarquables articles, insérés dans les dictionnaires en cours de publication, admettent très-nettement, comme l'avaient fait d'ailleurs avant eux un bon nombre de pathologistes, qu'il existe une maladie, constituant à elle seule une entité morbide, la *chlorose* ou *chloro-anémie*, et d'autre part, qu'il y a des anémies, d'ailleurs toujours symptomatiques, liées aux maladies constitutionnelles, aux empoisonnements chroniques, aux affections spécifiques, etc.; telles que l'anémie de la tuberculose, celles du cancer, des cachexies saturnines, syphilitiques, etc. La convalescence des états morbides graves, de longue durée, s'accompagne elle-même d'une anémie généralement très-prononcée, dont la disparition est quelquefois bien lente.

L'histoire clinique de la choro-anémie paraît aujourd'hui à peu près définitivement établie; cependant un certain nombre de points sont encore en discussion.

Les auteurs ont, depuis des siècles, relativement à la nature de la chlorose, été divisés en deux camps : les uns la considèrent comme une affection du système nerveux, une véritable névrose, voisine de l'hystérie, ayant pour conséquence l'état spécial du sang qui est caractéristique de la chlorose; les autres, au contraire, subordonnent les troubles nerveux aux modifications de qualité et de quantité du fluide sanguin.

Ce qu'on n'a peut-être pas assez mis en relief, c'est ce fait que la chlorose est avant tout une maladie d'évolution. Cependant déjà Ashwell avait fait de l'affection une maladie constitutionnelle. M. le professeur Sée a d'ailleurs parfaitement démontré que la chlorose est une anémie consécutive au développement de l'individu, apparaissant chaque fois qu'il y a disproportion entre les forces de dé-

veloppement et les moyens réparateurs. Pour lui, la maladie ne doit pas être limitée à la femme ; elle peut se rencontrer dans les deux sexes et à tous les âges. Cette opinion est admise aujourd'hui par bon nombre de cliniciens. L'influence de l'évolution sur la genèse de la chlorose, chez la femme, est des plus évidentes. La maladie se déclare en effet, le plus généralement, à cette période de la vie, pendans laquelle l'organisme s'achève, alors que les tissus, les organes acquièrent leur maximum de développement.

L'affection, dont toutes les manifestations symptomatiques ont une physionomie essentiellement névropathique, est avant tout une maladie générale. Les observations qui suivent le prouvent ; elles contiennent d'ailleurs quelques détails intéressants.

L'observation CVII est confirmative d'un fait clinique sur lequel l'attention des médecins s'est tout particulièrement fixée dans ces derniers temps. Il existait, chez la jeune femme qui en est l'objet, un double bruit de souffle rude, à la base et à la pointe du cœur. Ces souffles avaient, comme le faisait remarquer M. Vulpian, un timbre tel qu'on pouvait penser qu'ils se rattachaient à une lésion organique, et cependant, très-vite, ils ont disparu sous l'influence du traitement par les ferrugineux. M. Vulpian m'a rendu plusieurs fois témoin de résultats semblables. Les bruits, dans les cas analogues à celui-ci, sont manifestement liquidiens ; ils se rencontrent surtout dans les chloroses que l'on a appelle aiguës, à cause de la rapidité de leur évolution.

— Un état analogue à la chlorose de la femme se rencontre quelquefois chez l'homme adolescent à la suite d'un trouble dans l'évolution ou dans le mode de fonctionnement des organes génitaux. Un certain nombre de médecins admettent en effet que, chez l'homme, à l'âge de la puberté, il peut se produire une anémie avec phénomènes nerveux

prédominants ; il en a été ainsi chez le malade de l'observation CVIII. La maladie, dans ce cas, simulait absolument la chloro-anémie de la femme.

— Il faut remarquer que, dans le cours d'une chloro-anémie, il peut se développer une endocardite aiguë (obs. CIX), point de départ possible d'une lésion de canalisation.

— Il y a déjà longtemps que Rasor et Giacomini ont considéré la sub-inflammation des vaisseaux comme étant la cause de la chloro-anémie, en produisant l'altération du sang. Plus près de nous, M. Virchow a cherché à prouver qu'il y a une relation entre la chlorose et le développement de l'appareil circulatoire. D'après lui, on pourrait constater, dans la vraie chlorose, une sorte d'arrêt de développement de l'arbre artériel en entier, et surtout de l'aorte. D'où cette conséquence que la chlorose vraie serait souvent congénitale. Cet arrêt de développement des vaisseaux pourrait avoir pour conséquence l'hypertrophie cardiaque, si souvent notée dans le cours de la chlorose. M. Vulpian a observé, dans plusieurs faits, des résultats nécroscopiques confirmant la doctrine de M. Virchow. L'observation CX en est un nouvel exemple.

La malade avait l'appareil artériel explorable, extrêmement petit ; elle était très-anémique et, de plus, très-névropathique. Le début apparent de sa maladie remontait à l'âge de 14 ans.

— On a accusé, et je crois avec raison, l'anémie d'être une des conditions de la production de la *syncope locale des extrémités ;* l'observation CXI en est une preuve. La malade, très-fortement anémique, présentait de temps à autre, surtout le matin, le phénomène de l'onglée. La peau des deux dernières phalanges de l'index, du médius, quelquefois de l'annulaire des deux mains, était blanche, mate, froide, et en même temps *couverte de sueurs très-abondantes;*

je reviendrai sur ce dernier fait à propos de l'étude de la syncope locale.

— Une cause commune d'anémie est la misère; celle-ci engendre habituellement, comme on le sait, par suite de la privation de la nourriture, ou par le fait de la mauvaise qualité de celle-ci, des troubles digestifs. De plus, les excès de travail ou d'inconduite, joints quelquefois aux conditions précédentes, expliquent très-bien la déchéance rapide et fatale de l'économie (obs. CXII).

— La dyspnée des chlorotiques ou des anémiques a une physionomie spéciale bien mise en évidence par M. Sée. Aussi intense que l'on suppose la difficulté de respiration due à l'altération du sang, elle se distinguera toujours de la dyspnée cardiaque ou pulmonaire, par ce fait que la malade chlorotique se couche avec la plus grande facilité, tandis que la malade cardiaque reste assise dans son lit. Ce fait était frappant chez la femme de l'observation CXIII, qui avait une anémie profonde due à des épistaxis répétées.

— L'anémie symptomatique de la tuberculose, par exemple, peut présenter absolument les mêmes caractères que l'anémie essentielle (obs. CXIV) : même état général, mêmes troubles fonctionnels, même marche, même série d'accidents. Dans ces cas, il faut souvent une extrême attention pour reconnaître l'affection diathésique, masquée par l'anémie. Il faut ajouter que le souffle cardiaque fait le plus souvent défaut.

OBSERVATIONS

Obs. CVII. — *Chlorose. — Troubles dyspeptiques assez accentués. — Double souffle cardiaque à la base et à la pointe du*

cœur, au 1er temps. — Guérison rapide par les ferrugineux. — Disparition totale des bruits de souffle.

La nommée C... Jeanne, âgée de 25 ans, domestique.

Entrée le 22 mars 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 7 bis.

Renseignements. — Cette malade, qui est à Paris depuis un an, a été réglée à 16 ans; les règles ont toujours été irrégulières; il y avait souvent des retards de 15 jours, 1 mois. De plus, la menstruation a toujours été douloureuse.

Pas de leucorrhée dans l'intervalle des règles.

La malade dit que, dans son enfance, elle a eu des maux d'yeux, des croûtes dans les cheveux, et des glandes sous la mâchoire inférieure.

Jamais de douleurs rhumatismales.

Rien d'important à signaler du côté de l'hérédité.

Depuis 3 mois, cette malade a senti qu'elle devenait faible; elle a d'abord éprouvé des palpitations qui se répétaient au moindre effort.

Une faiblesse très-grande dans les jambes l'empêchait de marcher longtemps. Elle perdit l'appétit, et en même temps elle éprouvait du dégoût pour les aliments, surtout pour la viande; elle ne mangeait, avec plaisir, que les mets épicés, surtout ceux qui contenaient du vinaigre.

Ces perversions de l'appétit se sont accusées de plus en plus, et la malade est devenue très-faible.

Etat actuel. — C'est une femme de taille moyenne, plutôt grasse que maigre. — La figure est très-pâle, complétement décolorée. — Toutes les muqueuses apparentes sont également décolorées; on dirait que le visage est recouvert d'un masque de cire.

La décoloration est étendue à tout le tégument cutané; la température de la peau est normale.

La malade a perdu l'appétit; elle ne peut manger que des légumes fortement épicés, et encore, après chaque repas, elle accuse des douleurs assez marquées dans l'estomac, au

creux épigastrique : son ventre gonfle au bout d'une heure environ ; elle est obligée presque aussitôt de desserrer ses vêtements.

Elle va assez bien à la selle; elle est plutôt constipée ; elle ne souffre pas dans le bas-ventre.

La malade éprouve des palpitations très-fréquentes; celles-ci surviennent à tout propos, mais surtout après le repas; elles sont accompagnées alors de bouffées de chaleur et, quelquefois, de sueurs.

Des douleurs multiples, passagères, se montrent dans tout le corps, mais la malade se plaint surtout de névralgies occupant le côté gauche de la tête ; ces névralgies sont accompagnées d'éblouissements et d'élancements dans les oreilles.

La fatigue se produit très-vite; au moindre effort, à la moindre marche, la malade est essoufflée et obligée de s'arrêter.

Elle ne tousse pas. L'auscultation et la percussion font constater que les organes pulmonaires sont dans l'état normal.

L'*auscultation du cœur* révèle un *souffle à la pointe* et au premier temps et un autre à la base et au premier temps ; tous les deux, à timbre rude très-accentué, sont accompagnés d'un bruit de rouet intense dans les vaisseaux du cou.

Les battements du cœur ont un timbre métallique ; la palpation de la région précordiale ne révèle pas de frémissement. — Hypertrophie cardiaque notable.

Rien de particulier du côté du ventre.

L'*urine*, très-peu colorée, claire, ne contient ni albumine ni sucre.

La malade, comme il a été dit, présente un aspect caractéristique de la peau, laquelle est d'un jaune pâle sur tout le corps, en général.

Il existe un léger degré d'œdème des jambes, et on peut déterminer par la pression une dépression en godet, surtout au niveau de la partie inférieure de la face antéro-interne du tibia.

Traitement. — Pilules de fer composées (fer réduit par l'hydrogène, extrait mou de quinquina, poudre de rhubarbe); vin de quinquina, — tisane de houblon, — deux bains sulfureux par semaine.

30 *mars.* — L'état général de la malade s'est sensiblement amélioré; les pommettes des joues sont un peu colorées. Il n'existe plus d'œdème des membres inférieurs; les bruits de souffle du cœur persistent, mais beaucoup moins intenses.

15 *avril.* — La malade va très-bien; ses forces sont revenues. Les troubles dyspeptiques ont, en partie, disparu; le bruit de souffle de la pointe du cœur est à peine perceptible; celui de la base est encore assez fort.

22 *avril.* — La malade sort ce jour. On peut la considérer comme guérie. L'appétit est bon. Le souffle de la base du cœur subsiste seul, très-affaibli : quant au souffle que l'on entendait au niveau des vaisseaux du cou, il a bien diminué d'intensité.

Obs. CVIII. — *Anémie consécutive à la masturbation. — Phénomènes nerveux. — Insomnie. — Guérison rapide par un traitement tonique et les douches froides.*

Le nommé L... Louis, âgé de 20 ans, plombier.

Entré le 19 juillet 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 3.

Renseignements. — Père mort à 43 ans. Il était paralysé et était atteint d'une affection cardiaque.

Frère mort à la suite d'une maladie dans laquelle il toussa longtemps et eut des hémoptysies, dit le malade.

Il y a trois ans, L... eut une bronchite qui fut, paraît-il, guérie au bout de quinze jours par un vomitif. — Il a été

réformé au conseil de révison, à cause de l'étroitesse de sa poitrine.

Il s'enrhume facilement tous les hivers. Il a été atteint d'une diarrhée qui a persisté pendant un mois ; elle n'a cessé que depuis 8 jours.

Depuis quelque temps, ce malade a fait de nombreux excès.

Il a, de temps en temps, des palpitations de cœur. Depuis 3 semaines, ces palpitations sont devenues plus fortes ; à la moindre fatigue, elles reviennent, et elles s'accompagnent de douleurs précordiales.

Il dit avoir maigri assez notablement.

Pas d'intoxication saturnine.

Le malade se serait livré à la masturbation, et, en outre, il aurait fait des excès de boisson.

Etat actuel. — C'est un jeune homme assez bien musclé ; ses téguments sont pâles, les muqueuses décolorées ; la face est blanc-verdâtre, l'embonpoint conservé.

Légère céphalalgie, langue blanche, perte d'appétit, dégoût pour les aliments; le malade ne mange bien que la salade. Il souffre au creux épigastrique, une demi-heure environ après son repas. Tympanisme stomachal fréquent. Quelques selles liquides dans le courant de la journée.

Insomnie habituelle. Douleurs névralgiques au-dessus des sourcils.—Tempérament impressionnable, pleurs faciles. Le malade a l'imagination vive ; il lit beaucoup de romans.

L'auscultation du cœur révèle des battements forts, réguliers et précipités. Les bruits sont nets ; celui de la base et du premier temps est accompagné d'un souffle doux bien accusé.

Légère hypertrophie cardiaque.

Dans les vaisseaux du cou , on perçoit un souffle continu intense, avec renforcements. Les poumons sont sains ; le malade ne tousse pas.

Il éprouve une grande fatigue au moindre exercice ; il est essoufflé très-vite.

Les urines sont normales.

Traitement. — Deux cuillerées de sirop d'iodure de fer; vin de quinquina ; une pilule de Méglin, le soir en se couchant.

25 *juillet.* — Le malade commence à dormir. — Il se trouve plus fort. On continue le traitement ; de plus, douches froides en pluie.

30 *juillet.* — L'état général est bien meilleur; la face se colore un peu.

5 *août.* — Amélioration très-notable ; les forces sont revenues; l'appétit est très-bon.

10 *août.* — Le malade va très-bien; il quitte l'hôpital ce jour. L'insomnie a disparu.

Obs. CIX. — *Chlorose avec troubles de la menstruation. — Hystérie. — Endocardite aiguë survenue pendant le séjour de la malade à l'hôpital. — Contracture hystérique.*

La nommée L... Marie, âgée de 23 ans, domestique.

Entrée le 4 janvier 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 17.

Renseignements. — La malade est un enfant de l'hospice.

Dans sa jeunesse, elle a eu des convulsions ; son pied droit s'est dévié ; il l'est encore un peu aujourd'hui.

Elle a été réglée à 16 ans ; mais, si la menstruation se faisait régulièrement tous les mois, elle voyait très-peu chaque fois ; les règles ont toujours été douloureuses.

Il y a deux ans, la malade eut une grande frayeur à la suite de laquelle ses règles se supprimèrent pendant dix-huit mois.

A dater de ce jour, elle commença à pâlir de plus en plus.

Elle n'a jamais craché de sang ; elle n'a jamais eu, non plus, de rhumes de longue durée.

Elle n'est à Paris que depuis huit mois; fréquemment, la malade a eu une boule remontant de l'estomac à la gorge.

L'aggravation de son état date du mois d'octobre 1876.

Elle se fatigua bientôt très-vite; elle pouvait à peine marcher; elle était de suite étouffée, comme anéantie. Une céphalalgie intense, siégeant en forme de bandeau autour du front, de la faiblesse et des étourdissements survinrent; ces phénomènes allèrent en s'accentuant progressivement.

Etat actuel. — C'est une femme grande, assez musclée; embonpoint modéré; pâleur du teint; les joues sont décolorées, à l'exception des pommettes; le front, les parties latérales de la face et surtout le menton, sont d'un blanc jaunâtre et ont une teinte mate; la sclérotique est blanche.

Les conjonctives et les lèvres sont également très-pâles; les jambes sont enflées, et la malade dit qu'elles le sont tous les soirs et d'autant plus qu'elle a davantage marché dans la journée.

Examen du poumon négatif.

Cœur. — Pulsations très-énergiques; la pointe bat dans le 5ᵉ espace intercostal; choc net et bien frappé.

Bruit de souffle doux à la base, se propageant un peu vers la pointe; légère hypertrophie cardiaque.

Les palpitations, très-énergiques au début de l'examen, se calment après quelques instants. Dans les vaisseaux du cou, bruit de rouet, de bourdonnement d'abeille; bruit systolique.

Pupilles dilatées, et étourdissements; lorsque la malade baisse la tête, elle est prête à se trouver mal.

La malade ne peut ni courir, ni même marcher vite, ni monter, sans être prise d'étouffements.

La pression de l'épigastre est douloureuse; inappétence; la digestion est pénible; sensation de plénitude; somnolence après les repas. Constipation.

Les urines sont normales.

Traitement. — On donne à la malade : vin de gentiane, sirop d'iodure de fer ; deux bains sulfureux. Une portion.

7 *janvier.* — La malade se plaint de souffrir de névralgies dans la tête ; elle a une boule qui l'opresse et qui remonte du creux épigastrique à la gorge.

9 *janvier.* — La malade a un peu de délire, dans l'après-midi.

Etat fébrile, avec exacerbation le soir de quelques dixièmes de degré. T. A. : m., 38° ; s., 38°,4.

En auscultant le cœur, on entend un souffle à la base et un autre souffle à la pointe ; le bruit anormal de la pointe est très-distinct ; il occupe le premier temps.

11 *janvier.* — L'état fébrile continue. — Palpitations cardiaques assez violentes. — Les bruits de souffle n'ont pas varié.

Perte d'appétit. Constipation. — 15 grammes d'huile de ricin. — Vésicatoire à la région précordiale.

15 *janvier.* — La température a baissé : T. A., 37°,8 ; P., 96 ; quelques intermittences. Pas de modification des bruits de souffle.

18 *janvier.* — A dater de cette époque, mieux sensible ; la température est de 37°,2 ; le souffle de la pointe est moins net.

26 *janvier.* — La malade, après avoir été bien pendant une dizaine de jours, et même après une amélioration très-sensible de l'état du cœur, est reprise de fièvre.

27 *janvier.* — On donne 1 gramme de sulfate de quinine. T. A., 38°,1.

28 *janvier.* — Le mouvement fébrile est tombé. — Les bruits cardiaques sont restés tels qu'ils étaient huit jours auparavant.

30 *janvier.* — La malade est convalescente. On reprend le traitement tonique.

12 *février.* — La malade sort aujourd'hui, dans l'état suivant :

Le teint n'est plus aussi jaune que lors de son entrée; mais il existe toujours de l'anémie. Les souffles du cœur, à la base et à la pointe, persistent, quoique atténués, ainsi que le souffle des vaisseaux du cou.

22 *février.* — Elle rentre dans le service, parce que ses jambes enflent le soir. Elle marche difficilement, en boitant; pendant la marche, on remarque que le pied gauche est porté en dedans.

Le bruit du souffle de la pointe du cœur est redevenu très-distinct et assez intense au premier temps.

On prescrit de nouveau un traitement tonique.

25 *février.* — Contracture du pied gauche avec déviation du pied en dedans. La malade ne peut pas dire comment et à quel moment s'est produite cette contracture. On présume, d'après ses réponses, que c'est à la suite d'une attaque mal caractérisée d'hystérie.

26 *février.* — La malade a eu une attaque d'hystérie convulsive avec perte de connaissance; c'est sa première attaque, bien franche : cette attaque a duré une demi-heure environ.

27 *février.* — 2e attaque, mais d'une durée très-courte; la malade marche en boitant et en traînant la jambe.

1er *mars.* — Le pied dévié est douloureux, surtout quand la déviation est exagérée, ce qui a lieu par moments. On donne 6 grammes de bromure de potassium, tout en continuant le traitement tonique.

12 *mars.* — La contracture du pied a disparu à peu près. — La malade sort sur sa demande. L'état général s'est peu amendé. Les souffles cardiaques existent encore, à peu près avec les mêmes caractères, à la base et à la pointe. Elle est un peu moins pâle; mais son névrosisme est à peu près ce qu'il était lors de la première entrée.

Obs. CX. — *Chloro-anémie. — Hystérie. — Faible développement de l'arbre artériel. — Traitement par les toniques, amélioration.*

La nommée R... Louise, âgée de 30 ans, blanchisseuse.

Entrée le 8 février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 21.

Renseignements. — Dans la famille de la malade, on ne trouve pas d'antécédents morbides; tous ses parents, ascendants, collatéraux ou descendants, sont d'une excellente santé.

La malade a eu le carreau dans son enfance, et lors de sa puberté une entérite qui lui fit garder le lit 6 semaines; immédiatement après cette entérite, fièvre ortiée.

Ses parents lui ont dit qu'elle avait été très-chétive et très-difficile à élever.

Elle fut réglée à 18 ans et bien réglée jusqu'à sa 2e couche, qui fut la dernière. A la suite de cette couche, ses règles revenaient, dit-elle, toutes les semaines, et duraient, chaque fois, quatre jours.

Cet état dura trois mois; depuis lors, elle a presque toujours des retards de 8 jours à chaque époque menstruelle; leucorrhée dans l'intervalle des époques.

La malade dit avoir eu deux hématémèses. La première la surprit, il y a cinq mois, dans la nuit, au milieu de son sommeil, sans qu'elle puisse assigner une cause à cette hémorrhagie. Dans cette nuit, elle vomit, dit-elle, 1/2 litre de sang au moins, et en une seule fois.

On arrêta l'hémorrhagie avec du perchlorure de fer dans une potion; mais le soir le vomissement de sang réapparut, fut arrêté de nouveau, et revint à plusieurs reprises: pendant les 3 jours que ces vomissements de sang durèrent, la malade prétend avoir perdu deux litres de sang rouge vermeil.

Il y a juste 8 jours, le 1er février, qu'elle fut encore prise de vomissements semblables; leur durée fut de 3 jours, et

la quantité de sang vomi fut plus considérable encore que la première fois, si l'on en croit le dire de la malade. L'hématémèse a eu lieu, cette fois, dans les conditions suivantes :

C'était au moment des règles ; les pieds étaient en sueur, et la malade, en rentrant chez elle, fut obligée de marcher dans l'eau et la boue ; elle fut ainsi saisie par le froid ; l'écoulement menstruel s'arrêta, et c'est le lendemain matin que commença l'hémorrhagie.

Depuis cette époque, un point douloureux siége entre les omoplates, et un autre dans la colonne lombaire. En outre, elle tousse, et la voix est enrouée.

La malade est très-nerveuse ; elle a eu souvent des attaques de nerfs, avec mouvements spasmodiques ; mais elle ne perdait pas complétement connaissance.

Ces attaques, qu'elle prévoyait et qui cependant n'étaient point précédées des phénomènes de la boule hystérique, disparurent lors du dernier accouchement.

Elle est habituellement constipée, n'ayant que peu d'appétit, et, sans avoir été jamais très-grasse, elle croit avoir un peu maigri.

Depuis une huitaine de jours, fièvre tous les soirs ; sueurs abondantes la nuit. Insomnie.

Etat actuel. — Femme de taille moyenne, paraissant plus vieille que son âge. Elle est plutôt grasse que maigre. Elle est accablée par la fatigue. La figure est pâle ; les lèvres et les conjonctives sont décolorées. Tout le tégument cutané est également décoloré.

Les jambes ne sont pas œdémateuses.

En examinant le thorax, en avant, on trouve, par la percussion, de la matité au sommet droit avec perte d'élasticité, et douleur.

L'expiration un peu prolongée ; pas de symptômes de bronchite.

En arrière, l'auscultation ne révèle aucune altération des poumons. La malade crache assez abondamment ; l'expectoration est un peu jaune verdâtre.

Au cœur, on trouve un bruit de souffle au 1er temps et à la base ; le cœur bat dans le 5e espace intercostal, en dedans de la ligne mamelonnaire ; il n'est pas hypertrophié.

Dans les vaisseaux du cou, souffle doux assez prononcé ; le pouls est petit, à peine perceptible ; il est plus perceptible à droite qu'à gauche ; d'ailleurs il est régulier ; impulsion cardiaque extrêmement faible ; tout l'appareil artériel explorable est très-peu développé.

Urine normale ; ni albumine ni sucre.

Traitement. — Sirop d'iodure de fer. — Vin de quinquina. Douches froides.

16 *février.* — La malade va un peu mieux ; la faiblesse est toujours très-grande ; essoufflement à propos du moindre exercice.

18 *février.* — La malade a eu froid, hier, dans la cour. Frisson le soir, avec chaleur et sueur ; à l'auscultation, râles sibilants et ronflants. Expectoration abondante.

Vésicatoire dans le dos, sur la région de l'omoplate.

19 *février.* — La malade est un peu mieux ; la toux est moins sèche. Potion gommeuse avec 15 centigr. de kermès.

22 *février.* — Les signes de bronchite ont disparu. Hier, dans la soirée, la malade a eu une attaque d'hystérie convulsive assez intense ; cette attaque n'a duré que quelques minutes.

26 *février.* — Névralgie dans le 4e espace intercostal gauche.

On reprend le traitement tonique.

28 *février.* — Hier, nouvelle attaque d'hystérie convulsive, d'une assez courte durée, comme la précédente.

1er *mars.* — La malade est un peu mieux.

5 *mars*. — Le mieux continue ; cependant le teint est toujours très-pâle.

15 *mars*. — La malade quitte l'hôpital un peu mieux portante que lors de son entrée.

Obs. CXI. — *Chloro-anémie*; *dyspepsie*. — *Syncope locale des doigts*. — *Traitement tonique ; amélioration*.

La nommée M..., âgé de 22 ans.

Entrée le 24 mai 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 22.

Renseignements. — Le père de la malade, âgé de 48 ans, tousse depuis longtemps; il a une expectoration verdâtre; il aurait craché du sang. De plus, la nuit, il suait beaucoup. Il est plus malade depuis quelque temps, et il a été forcé d'arrêter son travail. Il aurait toujours été très-nerveux.

La mère est bien portante. — Cependant elle serait sujette aux rhumes pendant l'hiver.

La malade a eu la rougeole dans son enfance.

Antécédents strumeux; ganglions tuméfiés autour du cou et maux d'yeux fréquents.

Réglée à l'âge de 13 ans, mais très-irrégulièrement. Les règles sont peu abondantes et douloureuses. Pas de pertes blanches. Elle est très-nerveuse, pleure et rit facilement sans motif; boule hystérique.

Jamais d'attaques de nerfs. — Jamais de syncope.

Elle est couturière depuis 4 ans environ; elle ne peut travailler, en général, que pendant une demi-journée, car elle se fatigue assez facilement, depuis un an surtout.

Les digestions sont difficiles; elle a des nausées et quelquefois même des vomissements. Après ses repas, elle sent comme un poids sur la région épigastrique. Tendance au sommeil, après le repas, et il lui faut faire un grand effort pour résister.

Cet état de malaise dure tantôt une heure, tantôt deux, mais rarement plus; il est surtout prononcé après le déjeuner.

Elle éprouve des éblouissements de temps à autre, et elle croit qu'elle va se trouver mal.

Etat actuel. — Femme blonde, de petite taille. Elle est très-grasse. Le tégument cutané est très-pâle. — Le visage est comme jauni au niveau des sillons naso-labiaux ; cependant la figure est colorée et présente même, sur les joues, au-dessus de l'os malaire, des plaques érythémateuses.

Ses lèvres, ses gencives et ses conjonctives palpébrales sont pâles et décolorées. Les pupilles sont dilatées.

Cœur. 1er temps. Souffle doux à la base.

Bruit de rouet dans les vaisseaux du cou. Léger degré d'hypertrophie cardiaque. Essoufflement facile.

La malade a un appétit très-capricieux; elle mange surtout les substances acides. La pression au creux épigastrique est un peu douloureuse. Ballonnement fréquent du ventre après le repas. Renvois acides. Constipation habituelle.

Langue un peu blanchâtre.

De temps à autre, la malade, surtout le matin, présente les deux dernières phalanges de l'index, du médius et quelquefois de l'annulaire des deux mains, blanches, mates, froides; en même temps, les mains sont couvertes de sueurs très-abondantes.

Poumons
Viscères abdominaux } Sains.

Urines pâles, décolorées. Pas d'albumine ni de sucre.

Traitement. — On ordonne 15 grammes d'huile de ricin; bouillon; tisane de camomille.

25 *mai.* — Sirop d'iodure de fer. Vin de gentiane. — Un demi-verre d'eau de Vichy, un quart d'heure après chaque repas. Tisane de houblon. Une portion.

1er *juin.* — L'état gastrique est un peu amélioré.

5 *juin.* — État général meilleur. Les forces reviennent.

Les bruits anormaux du cœur et des vaisseaux du cou n'ont pas varié.

6 *juin*. — Quelques instants après la visite du matin, vers dix heures, la malade présente le phénomène de l'onglée. Les extrémités des quatre derniers doigts de chaque main, à partir de la première phalange, sont froides, pâles, décolorées et insensibles ; rien de semblable aux membres inférieurs. La syncope locale a duré une heure et demie ; elle a été accompagnée de sueurs perlant sur toute la peau décolorée. M. Vulpian considère comme certain que la peau, dans les parties qui sont le siége de ces sueurs, n'est pas anémiée dans toute son épaisseur. Peut-être même y a-t-il un certain degré de congestion dans la région des glomérules sudoripares.

8 *juin*. — La malade va mieux ; son état anémique s'améliore progressivement.

10 *juin*. — La syncope locale ne s'est pas reproduite.

La malade quitte l'hôpital le 16 juin, très-améliorée.

Obs. CXII. — *Anémie consécutive à la misère et à l'alcoolisme. — Amélioration sous l'influence du traitement tonique.*

La nommée B... Colette, âgée de 54 ans, cuisinière.

Entrée le 2 août 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 10.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 54 ans, est cuisinière. Réglée à 15 ans, elle l'a toujours très-bien été ; elle a cessé d'avoir ses époques depuis 3 ans ; pas d'accidents de ménopause.

Dans les antécédents de la malade, on note quelques douleurs rhumatismales passagères et peut-être des manifestations scrofuleuses, telles que gourmes, gonflements des glandes sous-maxillaires, maux d'yeux et maux d'oreilles. Comme hérédité, il n'y a rien à relever.

Depuis 8 mois, cette malade se plaint d'une faiblesse

générale, avec difficulté dans la marche. Elle se fatigue très-rapidement.

Très-souvent, elle éprouve des palpitations avec essoufflement et oppression, surtout quand elle marche ou quand elle fait un effort. Ses jambes enflent le soir.

Elle tousse, et depuis quelque temps elle a maigri.

Les digestions sont mauvaises ; fréquemment, elle a des sensations d'oppression et de malaise après ses repas, avec vomissements. Pas de véritables crises douloureuses.

Les nuits sont mauvaises ; elle rêve, a des cauchemars, voit des bêtes, tombe dans des précipices ; de plus, elle a souvent des glaires le matin.

Etat actuel. — La malade paraît très-âgée ; les traits du visage sont ridés. La peau présente une coloration d'un pâle jaunâtre très-marquée; les conjonctives et les gencives ont une teinte d'un blanc mat.

La malade éprouve des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vue caractérisés par des nuages qui passent devant les yeux.

Elle dort mal la nuit; rêves fréquents, presque toujours terrifiants; la malade tombe dans des précipices; elle se réveille en sursaut et pousse des cris. Tremblement léger des mains et de la langue. — Pas de bégaiement.

L'appétit est assez variable. — Langue blanche, saburrale. — Digestions pénibles ; fréquentes envies de vomir. — Souvent la malade a, le matin, des renvois aigres, acides et quelques vomissements glaireux.

Douleurs vagues, multiples. — La malade se plaint d'une grande faiblesse, d'être facilement essoufflée.

L'*examen de la poitrine* fait trouver quelques râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des poumons.

Au cœur, on trouve un bruit de souffle doux, filé, à la base et au premier temps. — De plus, elle a un souffle continu, avec renforcement diastolique, dans les vaisseaux du cou.

Le *foie* et la *rate* sont sains.

L'urine est normale et ne contient ni albumine ni sucre.

La malade avoue quelques excès alcooliques. — Depuis cinq ou six mois, elle est très-malheureuse ; elle n'a pas toujours pu manger à son appétit.

Traitement. — Un verre d'eau de Sedlitz, bouillon. — Tilleul chaud.

4 *août.* — Vin de quinquina ; pilules de Blaud ; poudre de pepsine, 1 gram. en deux paquets, chaque paquet à prendre immédiatement après chacun des deux principaux repas. Deux gram. de chloral pour le soir.

10 *août.* — La malade est en voie d'amélioration ; ses digestions sont meilleures ; elle dort mieux.

Obs. CXIII. — *Anémie produite, chez une femme âgée de 60 ans, par des épistaxis répétées. — Amélioration sous l'influence des toniques.*

La nommée L..., Louise, âgée de 60 ans, domestique. Entrée le 19 avril 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 14.

Renseignements. — Ses parents sont morts jeunes, elle ne sait de quelle maladie. Un frère a eu des épistaxis abondantes, jusqu'à l'âge de 25 ans.

La malade n'a jamais été atteinte, jusqu'à ces derniers temps, d'une affection grave quelconque.

Réglée à 12 ans, elle l'a toujours bien été jusqu'à l'âge de 30 ans, époque à laquelle elle a vu disparaître ses époques ; depuis cet âge, elle a fréquemment des épistaxis; ces hémorrhagies viennent presque tous les jours depuis 4 ans.

Le sang de l'épistaxis est pâle, dit-elle, et reste liquide.

Etat actuel. — Aujourd'hui, la malade se présente avec une teinte jaune semblable à celle de la cachexie carcinomateuse. Tout le tégument cutané est décoloré; cependant la malade a un embonpoint assez marqué.

Les jambes sont un peu enflées.

La progression et l'ascension provoquent souvent de la dyspnée; cette dyspnée, très-intense, diminue ou cesse avec le repos. La malade, une fois au lit, n'a plus de difficultés pour respirer. Elle se couche avec la plus grande facilité.

Les conjonctives, les lèvres, les gencives sont extrêmement pâles; les pupilles sont dilatées. — La malade a des vertiges assez fréquents, surtout quand elle relève la tête. — Pouls petit, régulier.

Cœur. Souffle assez fort au 1er temps et à la base.

Dans les vaisseaux du cou, bruit de rouet très-accusé.

Les *urines* sont pâles; elles ne contiennent ni albumine ni sucre.

Poumons }
Reins } Rien à noter.
Rate }

L'appétit est excellent. La malade ne souffre pas de ses digestions.

On recherche s'il n'y aurait pas un néoplasme intra-abdominal : cette recherche donne un résultat négatif. Le toucher vaginal est impossible, à cause de l'hymen, qui est dur et résistant; mais il ne s'écoule aucune sérosité dont l'odeur rappelle celle d'un carcinome.

Traitement. — Sirop d'iodure de fer. — Deux granules d'acide arsénieux. — Bains sulfureux. — Vin de quinquina.

25 *avril.* — La malade a eu hier une épistaxis abondante. L'examen du nez et de l'arrière-gorge ne donne rien de particulier.

28 *avril.* — Nouvelle épistaxis. On donne 20 gouttes de solution normale de perchlorure de fer dans un verre d'eau sucrée, à prendre en sept à huit fois dans les 24 heures, et on supprime le sirop.

30 *avril.* — La malade est mieux. Pas d'épistaxis.

5 *mai.* — Épistaxis, mais peu abondante. Potion gommeuse, avec 4 grammes d'ergotine.

11 *mai.* — Plus d'hémorrhagie; on suspend la potion, et on reprend l'usage du sirop d'iodure de fer.

17 *mai.* — L'état général est amélioré.

22 *mai.* — Nouvelle épistaxis.

5 *juin.* — La malade part pour le Vésinet; son état général est meilleur; cependant l'anémie est encore bien accusée.

Obs. CXIV. — *Anémie symptomatique d'une tuberculose à marche très-lente. — Troubles dyspeptiques. — Amélioration.*

La nommée L... Jeanne, âgée de 24 ans, domestique.

Entrée le 26 juillet 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 7 *bis.*

Renseignements. — Cette malade, âgée de 24 ans, a été réglée à 10 ans 1/2; elle a eu toujours régulièrement ses règles; il n'y a que depuis le mois de janvier dernier qu'elles sont un peu irrégulières et qu'il est survenu de la leucorrhée.

Comme antécédents, elle accuse des symptômes très-manifestes de scrofule, tels que gourmes, gonflement des glandes sous-maxillaires et coryza chronique; elle a eu aussi des douleurs rhumatismales.

Il y a 3 ans, pleurésie du côté gauche; elle a été malade un mois et demi. Fausse couche au mois de janvier dernier.

Cette malade se plaint aujourd'hui d'une faiblesse générale : la marche est fatigante; le moindre effort l'abat, et, de plus, elle éprouve une douleur assez forte au côté gauche du thorax.

Cette douleur lancinante vient par instants et dure très-peu de temps; les grandes inspirations ne la réveillent pas. — De plus, elle se plaint de palpitations très-fréquentes qui surviennent sans cause appréciable, à la moindre marche, au moindre effort; sensation d'oppression assez vive.

Très-souvent, la malade éprouve comme une sorte de poids pesant sur la poitrine et remontant vers la gorge, qu'elle étreint en provoquant de la gêne respiratoire et de l'étouffement.

Bouffées de chaleur à la face, disparaissant d'une façon subite.

État actuel. — Femme brune, petite, maigre, à visage très-pâle. Peau sèche; température normale.

L'appétit est médiocre; la malade a du dégoût pour les aliments; la langue est large et chargée d'un enduit blanchâtre, plus épais aux bords qu'au centre.

La constipation est son état habituel, et elle reste 3 et 4 jours sans aller à la selle.

Les jambes ne présentent pas d'œdème.

Toux sèche, brève; expectoration de crachats muco-purulents.

L'examen de la poitrine ne fait constater rien d'anormal aux bases des deux poumons; mais, au sommet, il existe de la submatité des deux côtés, surtout à gauche, et la percussion à ce niveau est douloureuse.

A l'auscultation, en avant, on n'entend aucun bruit anormal; mais, en arrière, la respiration est rude aux deux sommets, surtout à gauche; de plus, on perçoit, par instants, quelques petits craquements secs très-appréciables à l'inspiration.

Du côté du cœur, on trouve à l'auscultation un bruit de souffle doux à la base et au premier temps; le premier temps à la pointe est peut-être un peu soufflant. Dans les vaisseaux du cou, souffle musical très-net.

L'état général est assez bon; seulement la malade se plaint d'avoir beaucop maigri, et elle sue un peu les nuits.

Le *foie* et la *rate* sont sains.

L'*urine*, normale, ne renferme ni albumine ni sucre.

Traitement. — On donne une potion gommeuse avec

2 grammes d'hypophosphite de soude. — Julep diacode. — Une cuillerée d'huile de foie de morue.

30 *juillet.* — La malade va mieux; l'appétit est meilleur. Tous les soirs, vers les 9 heures, elle éprouve quelques frissons, bientôt suivis de chaleur et d'un peu de sueur.

10 *août.* — Amélioration sensible. La fièvre se montre surtout vers 2 heures de l'après-midi; elle est très-modérée; le thermomètre ne dépasse pas 38°.

11 *août.* — La malade quitte l'hôpital, sur sa demande; elle va mieux. Les signes locaux fournis par l'auscultation et la percussion du thorax persistent, ainsi que le souffle du cœur.

SECTION IV

LEUCOCYTHÉMIE SPLÉNIQUE.

J'ai pu, dans le service, suivre pendant de longs mois un malade *leucocythémique ;* son histoire clinique est des plus importantes, et elle est d'autant plus intéressante qu'elle est accompagnée de la relation de l'autopsie (obs. CXV).

L'histoire de la maladie, que Virchow et H. Bennett ont les premiers décrite, s'est complétée, dans ces dernières années, par suite des progrès de l'anatomie pathologique. On sait combien il est difficile d'enfermer dans un même horizon tous les détails du tableau clinique. Si un certain nombre de points communs, des plus importants, relient entre eux tous ces détails : — augmentation, en masse, et d'une façon permanente, des globules blancs du sang ; anémie générale spéciale ; marche progressive et fatale de l'affection; — il est certain qu'il était nécessaire de créer des formes, des types cliniques, pouvant permettre d'analyser aussi rigoureusement que possible tous les faits principaux relatifs à l'histoire de la leucocythémie.

C'est pour cette raison qu'on décrit les formes : spléniques, ganglionnaires, lymphatiques, intestinales, osseuses, cutanées, etc. Je ne peux discuter ici l'opportunité de la création des formes osseuses, cutanées; c'est un sujet des plus délicats, sur lequel je n'ai pas d'expérience personnelle; d'ailleurs elles sont admises par des hommes considérables dans la science. Je veux simplement m'en tenir à l'analyse clinique du cas que j'ai eu sous les yeux, cas dans lequel il s'est agi de la *forme splénique* presque pure, car, à part un peu de développement des ganglions cervicaux, sus-claviculaires et inguinaux, aucun autre organe n'a été atteint. La limitation, presque exclusive, de l'hypertrophie à la rate, qui était énorme, fait que, dans l'espèce, on ne peut pas dire qu'en réalité il se soit agi d'une forme mixte.

Le malade n'offre rien de particulier à noter, au point de vue de l'hérédité. A l'âge de neuf ans, il a eu des accès de *fièvres intermittentes*, qui durèrent tout un été; d'après lui, ces accès revenaient tous les deux jours. En 1859, nouvelle attaque de fièvre intermittente; à cette époque, les accès se seraient produits très-irrégulièrement, tous les trois ou quatre jours.

Ces renseignements méritaient d'être notés avec soin : certains auteurs, en effet, ont fait jouer un grand rôle à la *malaria* dans la production de la leucocythémie; notre cas paraît bien rentrer dans cette catégorie, d'autant plus qu'il s'agit d'une leucocythémie *splénique*. Il est possible que l'impaludisme, qui amène des altérations si fréquentes de la rate, splénite chronique, dégénérescence amyloïde, etc., ait été, dans ce cas, le point de départ des accidents leucocythémiques. Il faut remarquer, cependant, que le malade était bien jeune, quand il a eu sa fièvre intermittente; il est vrai que les accès sont revenus en 1859, très-irrégulièrement. Il faut ajouter aussi que beaucoup des malades des

pays à fièvre, atteints par la cachexie paludéenne, avec des rates énormes, n'ont pas de leucocythémie; cette maladie, chez eux, est même une rare exception.

Au commencement de l'année 1876, le malade est repris d'accès fébriles, revenant le soir, très-irrégulièrement; il se soigne chez lui. Bientôt de la faiblesse survient; il maigrit; il n'a plus d'appétit; alors il va d'hôpitaux en hôpitaux.

Après quelque temps de séjour dans chaque hôpital, ses forces reviennent; il sort, pour rentrer bientôt, en proie à de nouveaux accidents.

Le jour de son entrée dans le service, on note : l'amaigrissement; la pâleur du teint; la faiblesse; la fièvre du soir; les troubles dyspeptiques, etc.; et, parmi les signes physiques, le développement énorme de la rate.

Cette fièvre du soir, qui commençait toujours par des frissons légers, s'accompagnait d'une élévation de température, atteignant souvent 40° dans l'aisselle : elle cessait pendant un certain temps de se produire, puis elle revenait durant quinze jours, un mois; ensuite elle s'éteignait, pour reprendre quelques jours après. Ni le sulfate de quinine, ni l'arsenic ne purent l'enrayer; la veille de sa mort, le malade l'avait encore. A quoi l'attribuer? quelles relations y a-t-il entre cet état fébrile et la leucocythémie? Autant de points restés obscurs.

Pendant le cours de son affection, le malade a éprouvé des douleurs vives au niveau du creux épigastrique, puis au niveau du flanc gauche; ces douleurs ont été en rapport avec l'inflammation de l'enveloppe externe de la rate (périsplénite), comme l'autopsie l'a montré.

Le 1er janvier au matin, le malade raconte que, à la suite d'un violent effort de toux, il lui est survenu une tumeur douloureuse; celle-ci siége au niveau du rebord des fausses côtes droites; elle a le volume d'une petite noix et est fluctuante. On fit une ponction exploratrice; elle n'amena

que quelques gouttes de sang. M. Vulpian fit remarquer que, dans ces cas, il s'agissait d'un *kyste hématique*, dont la cause productrice a été fort simple : les leucocytes, si nombreux dans cette maladie, se sont arrêtés dans des capillaires sous-cutanés, les ont obstrués. De là, fluxion veineuse rétrograde, tendance à la diapédèse, puis rupture de quelques veinales dilatées, sous l'influence d'une secousse de la paroi abdominale par des efforts de toux. Épanchement sanguin sous-cutané.

Le malade est allé en s'affaiblissant progressivement; l'état fébrile augmenta encore; il survint un peu de pleurésie. Le 9 juillet, vers 9 heures du soir, le malade est pris d'une attaque convulsive qui n'a pas été nettement définie; il tombe dans le coma, et il meurt le 10 juillet, vers 9 h. 1/2 du matin.

La rate pesait 3 kilogrammes 190 grammes. La surface de cet organe était très-épaissie par des néo-membranes. La surface des coupes, faites en divers sens, montrait des traces d'anciens infarctus, mais surtout des plaques jaunes, arrondies, granulées à leur surface, véritables lymphomes ou splénomes, dont quelques-uns avaient le volume du poing.

Tous les autres organes étaient sains : ganglions, follicules clos, os, peau, foie, reins, etc.; c'est donc bien à la forme splénique que nous avions eu affaire.

Dans le tissu sous-arachnoïdien, au niveau du lobe pariétal, il existait un épanchement sanguin récent qui probablement a été le point de départ des convulsions. La pathogénie de cette hémorrhagie méningée est la même que celle du kyste hydatique, dont j'ai parlé plus haut. L'hémorrhagie cérébrale n'est pas absolument rare dans le cours de la leucocythémie; elle se produit, comme on le sait, par le mécanisme indiqué; MM. Ollivier et Ranvier l'ont montré il y a déjà longtemps. J'en ai, il y a quatre

ans, présenté un beau cas à la Société anatomique; il venait du service de M. Marrotte.

A l'observation se trouve joint un tableau important; il donne le régime du malade, la densité de l'urine, la quantité de ce liquide rendue en 24 heures, et le poids de l'urée correspondant. Rien n'est variable comme la fonction urinaire chez les leucocythémiques; il est à désirer que le tableau exact de l'urine excrétée en 2 heures soit dressé dans un certain nombre de cas, afin qu'on en puisse tirer des déductions qui auront une grande valeur.

D'ailleurs, il est juste d'ajouter que la science a déjà enregistré quelques résultats provenant des analyses faites par Siger, Salkowski, Jacubasch, Reichardt. Il ressort des analyses de ces auteurs que la leucocythémie ralentit beaucoup la production de l'urée, tandis que l'acide urique et les urates subissent au contraire une notable augmentation; c'est aussi la conclusion des recherches consignées plus loin.

Ce tableau contient également la numération des globules rouges et des globules blancs, faite à diverses époques : 9 mars, 13 mars, 7 mai, 19 mai. Ces différentes numérations, pratiquées avec l'appareil de M. Hayem, montrent que le rapport des globules rouges aux globules blancs a été en moyenne de 1 à 7.

OBSERVATION

Obs. CXV. — *Leucocythémie splénique. — Kyste sanguin intra-musculaire. — Mouvement fébrile très-accusé, survenant presque chaque soir pendant toute l'évolution de la maladie. — Inefficacité du sulfate de quinine et de l'arsenic. — Marche*

progressive de l'affection. — Accès convulsifs. — Mort rapide. — Hémorrhagie méningée. — Résultat de l'autopsie. — Numération des globules.

Le nommé R..., François, âgé de 39 ans, maçon.

Entré le 2 octobre 1876, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 6.

Renseignements. — Le malade, qui est né dans la Haute-Vienne, s'est toujours assez bien porté jusque vers l'âge de 9 ans. A cette époque, il a été pris d'accès de fièvre intermittente, qui durèrent tout un été; d'après lui, ces accès venaient tous les deux jours.

Il habitait alors son pays, la Haute-Vienne. En 1859, nouvelle attaque de fièvre intermittente, consistant en des accès fébriles complets, venant très-irrégulièrement tous les trois ou quatre jours. Cette fois, la maladie a duré encore trois ou quatre mois : il est vrai que le traitement n'a pas été très-méthodique. En 1860, le malade a eu une pleurésie. Jusqu'au commencement de 1876, il s'est toujours assez bien porté; il habitait depuis un certain temps Paris. A ce moment, il a été pris de malaise. Le jour, il allait assez bien, quoique l'appétit fût diminué; mais le soir il avait souvent un accès fébrile assez intense : pendant un certain temps, il fut soigné chez lui.

Au mois d'avril, il entra à Saint-Antoine, dans le service de M. Constantin Paul, où il resta jusque vers la fin de l'été; il en sortit un peu amélioré, mais il fut bientôt repris d'accidents qui le forcèrent à aller à la Pitié, vers le mois de septembre, dans le service de M. Gallard. Il quitta ce service, se croyant en voie de guérison, vers la fin du mois. Quelques jours après, il était forcé, par la réapparition des mêmes accidents, de rentrer à l'hôpital. C'est alors qu'il est admis dans le service de M. Vulpian, à l'hôpital de la Charité.

État actuel. — Le malade a le teint pâle; il est légère-

ment amaigri; les fonctions digestives sont un peu altérées; sans avoir de la diarrhée, il va plusieurs fois par jour à la selle. Il se plaint d'être pris tous les soirs de fièvre assez intense, avec chaleur à la tête et céphalalgie.

Cavité thoracique. — A la percussion et à l'auscultation des poumons, on ne trouve rien de particulier. Les battements du cœur sont fréquents, mais réguliers; le premier bruit est un peu prolongé à la base.

Cavité abdominale. — A la vue, la base du thorax est fortement élargie; le ventre n'offre aucune tuméfaction reconnaissable à la vue.

Rate. — Énorme. Par la percussion, on constate que sa limite supérieure est au niveau du septième espace intercostal; en bas, elle descend jusqu'au pubis; en avant, elle s'étend jusqu'à la ligne ombilicale, où l'on sent très-bien son rebord par la palpation.

Foie. — Hypertrophié; il remonte, en haut, au-dessus du cinquième espace intercostal; en bas, il ne dépasse pas le rebord des fausses côtes.

Traitement. 4 octobre. — Sulfate de quinine, 1 gramme 50 centigrammes, en 3 doses, à prendre : l'une le matin, la seconde vers dix heures, la troisième vers quatre heures.

6 *octobre.* — Pas encore d'action du sulfate de quinine. On prescrit, en outre, du vin de quinquina et du sirop d'iodure de fer.

18 *octobre.* — A l'examen microscopique du sang, on trouve le nombre des corpuscules blancs très-augmenté : approximativement, dans une proportion de 20 0/0. Pas d'albumine dans les urines.

8 *novembre.* — Depuis plusieurs jours, le malade a eu, à plusieurs reprises, des saignements de nez, mais peu abondants; en outre, il se plaint d'être toujours en sueurs.

Vers le soir, le malade est pris d'accès de fièvre assez prolongé.

Suppression du sulfate de quinine. Acide arsénieux, 3 granules, d'un milligramme chacun, par jour.

8 *octobre.* — Douleurs vives au niveau de la rate. (Injection sous-cutanée de morphine.)

28 *décembre.* — Le malade se plaint d'une douleur vive siégeant au niveau du creux épigastrique; cette douleur survient tous les soirs, immédiatement après avoir mangé; le malade compare sa douleur à une brûlure au fer rouge. Cette douleur ne se manifeste pas après le repas du matin.

La douleur persiste trois heures environ. Le malade se plaint également d'une douleur vive, moins intense que celle du creux épigastrique, dans la région lombaire; elle apparaît, d'une façon intermittente, plus marquée le soir que le matin.

Le ventre est très-élargi et bombe vers la ligne médiane; la rate, dont on sent le rebord antérieur par la palpation, présente à la percussion une longueur d'environ 37 centimètres, la limite supérieure répondant au cinquième espace intercostal, la limite inférieure au pubis; en avant, la rate dépasse la ligne médiane suivant une ligne d'autant plus oblique qu'on approche davantage du pubis.

La distance qui sépare le bord antérieur de la rate de l'ombilic est d'environ 4 centimètres.

Lors de son entrée à la Charité, quelques ganglions sus-claviculaires étaient engorgés; aujourd'hui, on en sent un plus grand nombre sur les parties latérales du cou et dans les creux sus-claviculaires; ces ganglions, peu volumineux, réunis en chapelet, ne sont pas douloureux à la palpation.

Engorgement des ganglions de l'aine et de l'aisselle peu marqué; insomnie légère; céphalalgie le soir; inappétence. Jamais de vomissements; les selles sont toujours fréquentes, non diarrhéiques; quelquefois, constipation; la miction se fait facilement.

Rien du côté des autres organes.

1er *janvier* 1877. — A la suite de quintes de toux, on a reconnu l'existence d'une petite tumeur douloureuse située en avant, près du rebord des fausses côtes droites, à une faible distance de la ligne médiane. Cette tumeur est tout à fait superficielle et fluctuante.

8. — La tumeur s'étale.

Une ponction exploratrice de cette tumeur ne donne que quelques gouttes de sang.

Pendant les mois de février, mars, avril, mai, l'état du malade reste à peu près stationnaire. — Le mouvement fébrile du soir est toujours très-accusé. M. Vulpian a employé de nouveau le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes, puis l'acide arsénieux, en portant la dose à 5 ou 6 milligrammes par jour ; la fièvre n'a pas cédé.

21 *juin*. — Le malade urine à peine un demi-litre.

22. — On ordonne deux pilules de poudre de feuilles de digitale (0,10 par pilule), une le matin et une le soir ; la sécrétion urinaire augmente.

Le malade rend un litre d'urine.

7 *juillet*. — Dans la matinée, frisson qui a duré à peu près trois heures; la température du soir est de 40°.

8. — Température, 40°,3 (matin).

A l'auscultation, on entend, à la base du poumon gauche, en arrière, un souffle peu étendu, mais très-net; au même point, on trouve de l'égophonie et du frottement.

La percussion fait constater de la matité, mais cette matité se continue, sans ligne de démarcation, avec celle de la rate, qui est énorme, comme nous l'avons dit, et qui remplit toute la partie gauche de l'abdomen.

Le cœur lui-même est déplacé et présente à la pointe un bruit de souffle au premier temps. Ce souffle est assez intense et occupe, sur la cage thoracique, le siége habi-

tuel des souffles de la base, par suite de l'élévation subie par l'organe.

9 *juillet.* — Le matin, température : 39°; le soir, 40°. Tous les soirs, le malade dit ressentir un frisson vers trois heures; il est bien moins intense que celui qui a été observé le 7 juillet.

Le 9 juillet, vers le soir, il est pris d'une attaque convulsive avec perte de connaissance. Les convulsions ont été surtout cloniques. Il y avait de la contracture des membres, et de temps en temps des mouvements spasmodiques assez étendus. La face était elle-même convulsée. Cette attaque n'aurait duré qu'une demi-heure; elle a fait place à une résolution musculaire générale avec coma. C'est dans cet état qu'on le trouve le 10, à la visite du matin : mais l'agonie a évidemment commencé. D'après les renseignements, M. Vulpian pense qu'il y a eu une hémorrhagie méningée ou une hémorrhagie cérébrale avec rupture du foyer soit dans les ventricules, soit dans les membranes d'enveloppe de l'encéphale.

Mort le 10 juillet 1877, à 9 heures 1/2.

Autopsie. — Le cadavre est amaigri, pâle; les membres inférieurs sont notablement œdémateux; la face est marbrée.

Cavité abdominale. — A l'ouverture, on est frappé par les dimensions énormes de la *rate* et du *foie.*

Rate. — La rate descend depuis les dernières fausses côtes jusqu'au niveau du pubis; elle est adhérente au lobe gauche du foie et au côlon descendant, par des brides fibreuses transversales.

Sa surface présente des traces très-nettes de péri-splénite; elle a un aspect feutré, donné par la présence des fausses membranes. De plus, il y existe çà et là des plaques jaunes de tissu fibroïde, plaques assez larges, allant en augmentant d'épaisseur de la circonférence vers le centre.

Quelques-unes de ces plaques ont cinq ou six centimètres de diamètre et, vers leur centre, au moins un centimètre d'épaisseur.

Sur la coupe, le tissu de la rate, très-résistant, de couleur rouge, ressemble au tissu du poumon dans le cours d'une pneumonie au second degré. Aussitôt que ce tissu est au contact de l'air, il prend une couleur rouge artérielle prononcée.

Dans l'épaisseur de la rate, sur les deux faces d'une coupe médiane complète, faite de la surface convexe vers le hile, on constate l'existence de plaques jaunes, arrondies, granulées; elles semblent être formées par un tissu lymphoïde. Une autre coupe, parallèle à la précédente, traverse une infiltration de tissu du même genre, formant comme un vaste néoplasme du volume d'une orange ordinaire, assez nettement séparé, sur ses limites, du tissu splénique environnant. La teinte de ce lymphadénome est plus foncée dans les parties périphériques, que dans les parties centrales, où elle est pâle, jaunâtre. Vers les parties périphériques la teinte est rouge-noire, lie de vin; cette teinte est probablement due à la présence du sang épanché dans le tissu de la tumeur. Cependant dans la région limite de ce splénome, la coloration redevient blanche, un peu jaune, de telle sorte que l'on distingue bien, sur les coupes, le bord festonné, irrégulier, qui circonscrit le néoplasme.

Le poids total de la rate est de trois kilogrammes, 190 grammes.

Foie. — Le foie est énorme, sans bosselure et sans changement de coloration.

Sur les coupes, le tissu paraît un peu huileux, mais on ne note aucune autre modification ; à l'œil nu on ne reconnaît aucune production lymphoïde. Son poids est de deux kilogrammes 890 grammes.

Reins. — Les reins, sur la coupe, n'offrent rien de par-

ticulier; cependant les glomérules de Malpighi sont plus saillants qu'à l'ordinaire.

Rein droit, pèse 175 grammes.

Rein gauche, pèse 180 grammes.

Intestin. — Les ganglions mésentériques sont un peu augmentés de volume. Il n'y a pas d'ulcérations intestinales; les follicules clos ne sont point hypertrophiés.

Cependant, à l'ouverture de l'abdomen, l'intestin a une teinte rosée, lie de vin, pouvant faire croire à la présence d'une inflammation plus ou moins intense.

Poumons. — Il n'y a aucune adhérence des plèvres, ni aucun liquide épanché. Le poumon est sain; pas de tubercules. Le tissu pulmonaire est légèrement œdémateux, sans trace de congestion ni d'hépatisation.

Cœur. — Le cœur est un peu hypertrophié, principalement le ventricule gauche; poids, 340 grammes. On ne trouve aucune plaque de péricardite. Le myocarde paraît sain.

Rien à noter non plus du côté des valvules et des orifices.

Système nerveux. Cavité crânienne. — Pas d'athérome artériel. Sur le lobe droit il existe, sous l'arachnoïde, dans le tissu sous-arachnoïdien, au niveau de la jonction du lobe pariétal moyen et du lobe occipital, à un centimètre en arrière de la circonvolution marginale postérieure, un léger épanchement sanguin en nappe, de 7 à 8 centimètres de longueur, et de 3 environ de largeur.

On ne note rien de particulier dans les ganglions centraux (corps striés et couches optiques).

Il n'y a pas d'hémorrhagie intra-cérébrale.

Rien à noter du côté du bulbe et du cervelet.

A l'œil nu, on ne retrouve aucun produit lymphoïde sur les artères cérébrales et la pie-mère.

Moelle. — La moelle est saine; pas d'épanchement sanguin dans le canal rachidien, ni sous l'arachnoïde.

Tissu osseux du tibia. — Normal.

Leucocythémie splénique. — *Dosage de l'urée.*

DATES.	DENSITÉ DE L'URINE.	RÉGIME.	QUANTITÉ D'URINE RENDUE EN 24 HEURES.	POIDS DE L'URÉE RENDUE EN 24 H.
Mars.			litres.	grammes.
9	1020	4 portions.	1, »	14,322
11	Id.	Id.	0,75	9,765
12	Id.	Id.	1,33	2s,305
13	Id.	Id.	0,50	5,924
14	Id.	Id.	0,50	7,161
15	Id.	Id.	0,50	11,066
19	Id.	4 port., diarrhée.	0,50	5,924
20	Id.	4 portions.	0,50	9,608
22	1030	4 port., a des épistaxis répétés.	0,25	4,488
28	1022	4 portions.	0,75	15,372
29	Id.	Id.	1, »	19,215
31	Id.	Id.	1, »	17,934
Avril.				
2	1012	Id.	1, »	15,372
3	Id.	Id.	0,75	9,607
5	Id.	Id.	1, »	14,091
7	Id.	Id.	1, »	14,001
10	1020	Id.	0,75	15,372
Le malade n'est plus observé jusqu'au 8 mai.				
Mai.				
8	1022	4 portions.	1,50	19,293
11	1030	4 port., épistaxis.	0,25	2,882
12	1020	Id.	0,75	7,686
13	Id.	Id.	1, »	8,967
16	Id.	Id.	0,75	10,568
17	Id.	Id.	0,50	6,405
18	Id.	4 port., prend de la digitale.	1, »	14,091
19	Id.	Id.	0,75	10,568
21	Id.	Id.	0,75	8,318
23	Id.	Id.	1,50	20,175
24	Id.	Id.	2, »	28,182
25	Id.	Id.	2, »	20,496
26	Id.	Id.	2, »	33,058
28	Id.	Id.	1, »	14,731
29	Id.	Id.	1, »	14,091
Juin.				
5	1025	Id.	0,50	12,169
6	1022	Id.	0,50	9,607
7	Id.	Id.	0,50	9,607
8	Id.	Id.	0,50	10,248
9	1020	Id.	0,50	10,248
10	Id.	Id.	0,50	9,607
11	Id.	Id.	0,50	10,888
12	1020	Id.	0,50	11,529
13	Id.	Id.	0,50	10,248
14	Id.	Id.	1, »	8,967
15	Id.	Id.	0,50	8,967
16	Id.	Mange peu, indisposé.	0,50	8,967
17	1022	4 portions.	0,50	3,523
18	1018	Id.	0,50	7,045
19	1020	Id.	0,50	7,045
20	Id.	Id.	1, »	17,934
22	1022	Id.	0,75	11,168
23	1020	Id.	1, »	12,810
24	Id.	Id.	1, »	13,950

DATES.	DENSITE DE L'URINE.	RÉGIME.	QUANTITÉ D'URINE RENDUE EN 24 HEURES.	POIDS DE L'URÉE RENDUE EN 24 H.
Juin.			litres.	grammes.
25	Id.	4 portions.	1, »	10,888
26	Id.	Id.	1, »	11,529
27	Id.	Id.	1, »	17,613
28	1023	Id.	1,25	17,437
29	1019	Id.	1,25	11,529
Juillet.				
1	1020	Id.	1, »	11,529
2	Id.	Id.	1, »	11,529
3	1022	Id.	1, »	11,529
4	Id.	Id.	2, »	20,496
5	Id.	Id.	1, »	14,091
7	1020	Id.	0,75	12,587
9	1022	Id.	2, »	20,496
		Mort.		

Toutes ces observations ont été faites à la température de 15°.

Numération des globules sanguins.

9 mars.	Globules rouges 3,417,000	= $\frac{1}{8,1}$	un globule blanc pour 8 rouges.
	« blancs 409,537, 5		
13 mars.	Globules rouges 458,875	= $\frac{1}{7,5}$	un globule blanc pour 7 rouges.
	« blancs 474,852		
9 mai.	Globules rouges 2,864,250	= $\frac{1}{8,4}$	un globule blanc pour 8 rouges.
	« blancs 339,187, 5		
19 mai.	Globules rouges 2,713,500	= $\frac{1}{8,6}$	un globule blanc pour 8 rouges.
	« blancs 314,562		

SECTION V

DIABÈTE SUCRÉ.

Parmi les accidents qui peuvent faire soupçonner l'existence du diabète sucré, surtout lorsque les phénomènes habituels de la maladie ne sont pas très-accusés, il en est un, étudié plus attentivement dans ces dernières années, et qui a une certaine importance : il s'agit de la chute des dents, chute rapide, déterminée par de la périostite alvéolo-dentaire. L'observation CXV *bis* en est un bel exemple.

La malade a eu d'abord des névralgies multiples, passagères, qui ont occupé les divers points du corps. Il y a six

mois survint un violent mal de dents; bientôt les gencives devinrent fongueuses; les dents se carièrent et elles tombèrent presque toutes dans un temps très-court. Consécutivement à la difficulté de la mastication il s'est produit très-rapidement des troubles dyspeptiques; ce sont ces derniers qui ont engagé la malade à entrer à l'hôpital. D'ailleurs, le jour de son arrivée au service, elle ne se plaint que des douleurs qu'elle éprouve lorsqu'elle a mangé; mais l'attention de M. Vulpian fut mise en éveil par ce fait de la chute des dents, la malade n'ayant encore que 48 ans. On examine son urine, et on trouve du sucre.

Le fait actuel est d'autant plus intéressant qu'au premier abord la malade paraissait parfaitement portante; elle avait la face colorée, un embonpoint raisonnable, etc.; et, enfin, elle n'avait presque pas soif; elle urinait peu. On sait que tous les diabétiques ne présentent pas, très-accentués, tous les phénomènes cardinaux de la maladie, polyurie, polydypsie, etc.; souvent ces symptômes sont atténués, et l'on est, dans ces cas, mis sur la voie du diagnostic bien plutôt par d'autres phénomènes, comme faiblesse générale, troubles de la vue, chute des dents, éruptions de siége ou de caractère particulier, que par les signes classiques : c'était le cas pour la malade dont suit l'histoire clinique.

Je ferai remarquer, en outre, que l'état général, chez cette femme, s'est considérablement amendé sous l'influence du traitement arsenical.

OBSERVATION

Obs. CXV *bis*. — *Diabète sucré ayant présenté comme symptôme principal, au début de l'affection, de la périostite alvéolo-*

dentaire avec carie et chute des dents. — Traitement par l'arsenic. — Amélioration.

La nommé B..., Joséphine, âgée de 48 ans, marchande.

Entrée le 28 mars 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 7.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 48 ans, est marchande ambulante. Réglée à 13 ans 1/2, elle l'a toujours été très-régulièrement.

La ménopause est survenue il y a deux ans. Elle n'a pas eu d'accidents à cette époque.

Aucun antécédent de scrofule ; à diverses reprises la malade a eu des douleurs rhumatismales assez fortes, surtout dans les genoux et dans les épaules.

Depuis longtemps, elle ne dort pas bien la nuit ; elle a des rêves, des cauchemars, elle voit des bêtes sur son lit ; elle tombe dans un précipice ; vomissements glaireux, le matin ; pas de tremblements des doigts.

Malgré son apparence robuste, elle se plaint de faiblesse générale, depuis quelques mois ; elle marche avec difficulté ; elle est essoufflée très-vite.

Palpitations très-fréquentes avec étouffements, surtout quand elle fait un effort un peu considérable. Du reste elle dit avoir beaucoup perdu de ses forces ; elle est incapable d'un travail soutenu.

Elle se plaint aussi de névralgies multiples, passagères, occupant les divers points du corps, mais très-fréquemment les espaces intercostaux et la face.

Il y a 6 mois, elle a eu mal aux dents ; les gencives sont devenues fongueuses et les dents se sont cariées ; ensuite elles sont tombées en très-peu de temps.

Pendant toute la durée du mal de dents la salive était crachée en très-grande abondance, et elle s'écoulait le plus souvent au dehors. — C'est depuis cette époque qu'elle a éprouvé des douleurs à l'estomac ; elle a très-souvent de la pesanteur de l'épigastre, du ballonnement et de véritables

douleurs lancinantes. Ces crises de gastralgie se montrent presque tous les jours, et quelquefois s'accompagnent de vomissements.

État actuel. — La malade, de taille moyenne, est très-grasse. Elle marche avec difficulté, elle est essoufflée au moindre exercice. Elle se plaint de l'affaiblissement de sa vue; cet affaiblissement qui, au dire de la malade, porte sur les deux yeux, date d'environ deux mois. Pas de cataractes. — La face est rouge, très-colorée; dilatation, comme variqueuse, des capillaires cutanés. La peau est sèche, un peu squameuse. Le pouls est petit, régulier; 80 pulsations. Température normale.

Insomnie. — Douleurs de tête assez fréquentes. Vertiges.

La malade ne peut mâcher ses aliments. Les arcades dentaires sont presque complétement dégarnies de dents ; il en reste seulement deux à la mâchoire supérieure et une à l'inférieure. Fréquentes démangeaisons. La soif n'est pas très-vive ; la malade déclare qu'elle boit cependant une plus grande quantité de liquide par jour qu'autrefois.

L'appétit est bon ; il n'est pas augmenté. Elle mange à peu près comme au début de son affection. — État dyspeptique assez accentué. Douleurs au creux épigastrique ; renvois, nausées. Une heure après le repas, la malade souffre de l'estomac. — Constipation habituelle.

L'embonpoint est considérable, et cependant, malgré l'apparence de santé, la faiblesse générale est très-grande.

Les jambes ne sont pas œdématiées et elles ne l'ont jamais été. La malade ne tousse pas. L'examen des poumons est négatif. Rien non plus au cœur. La malade est obligée de se lever plusieurs fois la nuit pour uriner. La quantité d'urine rendue en 24 heures ne dépasse cependant pas deux litres. Le dosage de la glycose a été fait; on a trouvé 15 grammes par litre d'urine.

L'urine donne un précipité abondant d'oxydule de cuivre avec la liqueur de Barreswil ; réaction brune caractéristique avec la potasse. Elle ne contient pas d'albumine.

Traitement. — M. Vulpian ordonne 5 gouttes de liqueur de Fowler. Tisane de valériane. — Une pilule d'extrait thébaïque de 0, 05 centigr. pour le soir.

30 *mars.* — La quantité d'urine rendue en 24 heures est de 2. 300 grammes.

1er *avril.* — Même état. — L'urine est cependant un peu moins abondante, mais il existe toujours du sucre, en assez grande quantité.

5 *avril.* — La malade s'améliore au point de vue de ses troubles gastriques ; les forces semblent reparaître.

La quantité d'urine rendue est toujours peu considérable.

10 *avril.* — L'état général est meilleur ; la soif est moins vive. On continue le même traitement. On a augmenté peu à peu le nombre des gouttes de liqueur de Fowler jusqu'à 12 par jour.

15 *avril.* — Les forces reviennent petit à petit. La quantité de sucre contenue dans l'urine paraît avoir un peu diminué.

25 *avril.* — Il y a une amélioration évidente dans l'état général de la santé. L'appétit est meilleur. La malade n'urine plus qu'un litre 1/2, en 24 heures.

30 *avril.* — Continuation de l'amélioration progressive de la santé ; les forces sont plus grandes : la malade est beaucoup moins étouffée qu'autrefois. Elle quitte l'hôpital, dans un état de mieux être marqué, le 3 mai 1877. L'urine contient encore une notable quantité de sucre, moindre pourtant que lors de l'entrée de la malade dans le service.

CHAPITRE X

EMPOISONNEMENTS CHRONIQUES. — SYPHILIS.

SECTION I

ALCOOLISME CHRONIQUE.

L'alcoolisme chronique, qui occupait autrefois une place si restreinte dans les traités de pathologie, y figure aujourd'hui au nombre des affections les plus importantes et les plus longuement décrites. Cela tient à deux causes principales. D'une part, l'abus des boissons alcooliques s'est notablement aggravé depuis une trentaine d'années ; d'autre part, l'étude des conséquences pathologiques de cet abus, qui avait été à peine ébauchée, a été reprise avec persévérance et sagacité; l'on a pu ainsi rattacher nettement à cette intoxication lente, un certain nombre d'états morbides dont l'étiologie était jusque-là restée vague ou erronée.

M. Vulpian nous a dit plus d'une fois que, dans les divers services des hôpitaux de Paris, l'on entendait bien rarement, avant 1848, poser le diagnostic : *alcoolisme chronique*.

Aujourd'hui, nous disait-il, on est peut-être tombé dans un excès contraire en faisant jouer à cette sorte particulière d'intoxication un rôle étiologique relativement à un très-grand nombre de maladies. Suivant lui, cependant, l'on est plus près de la vérité qu'on ne l'était il y a trente ans, et en se reportant, par le souvenir, à l'époque de ses premières études médicales, il croit que si l'alcoolisme chronique était alors exceptionnellement invoqué comme cause de tel ou tel ensemble de phénomènes morbides, ou de telles ou telles lésions, il faut l'attribuer, bien moins encore à la rareté des faits de ce genre, qu'à l'inexactitude de leur interprétation.

Je n'ai pas l'intention, à propos de quelques observations recueillies cette année, de tracer un tableau complet de l'alcoolisme chronique. Je dois me borner à faire ressortir l'intérêt que peuvent présenter ces observations.

Quelle que soit la forme sous laquelle l'alcool pénètre dans l'organisme, il peut produire à la longue des ravages considérables. Les effets varient cependant notablement, suivant la nature de la boisson alcoolique. Cette boisson peut contenir des principes autres que l'alcool et ayant une action toxique propre; dans ces conditions, la physionomie de l'empoisonnement aigu est spéciale, et l'intoxication chronique peut offrir elle-même des caractères particuliers. On peut citer, comme exemple, la liqueur d'absinthe, sur laquelle M. Magnan a fait des études si intéressantes. En outre, il faut tenir compte du degré de dilution de l'alcool; une quantité donnée de ce liquide pourra provoquer des troubles physiologiques divers, si cet alcool est concentré, comme il l'est dans l'eau-de-vie; cette même quantité ne produira peut-être que des modifications fonctionnelles presque nulles, si elle est mêlée à une grande quantité d'eau et à d'autres substances comme dans le vin, le cidre, la bière. En somme, ces deux sortes de boissons agiront avec

une énergie très-inégale pour engendrer des lésions organiques subaiguës ou chroniques. On se représente facilement la raison de cette différence d'activité toxique, lorsqu'on se rappelle ce qui a lieu pour les autres poisons. Les sels solubles de strychnine peuvent être absorbés en assez grande quantité relative, sans produire d'accidents de strychnisme, s'ils pénètrent dans l'organisme par doses extrêmement faibles, et en un temps assez long; tandis que la même quantité de ces sels, absorbée rapidement, non-seulement pourra provoquer des accès spasmodiques violents, mais même déterminer la mort. Dans le premier cas, la strychnine est éliminée par les reins, au fur et à mesure de son absorption, et elle ne peut pas s'accumuler à dose toxique soit dans le sang, soit dans les éléments actifs du système nerveux.

Les effets de l'absorption de fortes doses d'alcool se dissipent en général rapidement lorsque l'abus des boissons alcooliques est accidentel et qu'il ne dégénère pas en habitude vicieuse. C'est ce qui a lieu d'ordinaire, comme on le sait, pour le *delirium tremens*. Mais lorsque les excès se renouvellent, la substance organisée des éléments anatomiques tend à se modifier et finit par s'altérer d'une façon permanente. De là, des troubles fonctionnels, plus ou moins permanents, des organes dont les éléments anatomiques se sont ainsi altérés : les centres nerveux, le cœur, les reins, le foie, la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins peuvent ne plus remplir d'une façon normale leur rôle physiologique. Tantôt, c'est surtout l'un de ces organes qui est atteint; tantôt, plusieurs d'entre eux sont affectés à des degrés divers. Il en résulte que l'alcoolisme chronique peut se présenter à l'observateur sous des formes symptomatiques variées : albuminurie, cirrhose, troubles cardiaques, dyspepsie, perturbation de l'innervation centrale.

L'alcoolisme chronique d'ailleurs, sans donner lieu à des affections permanentes, produit quelquefois une excitabilité maladive toute spéciale dans les organes qu'il a modifiés, dans les centres nerveux, en particulier. Tantôt alors, un excès alcoolique qui, dans l'état normal, n'aurait déterminé que de faibles effets, provoque des désordres fonctionnels graves, comme une attaque de délirium tremens ; tantôt des accidents de ce dernier genre éclatent sous l'influence d'une affection aiguë, et bien que le malade ne se soit pas livré à la boisson depuis quelque temps ; je fais allusion à ces faits, bien connus, d'accès de délire alcoolique, observés dans des cas de traumatisme, ou d'inflammation viscérale, telle que la pneumonie aiguë par exemple, etc.

D'autre part, on peut reconnaître aussi qu'il y a chez les alcooliques une vulnérabilité de tout l'organisme, beaucoup plus grande que dans l'état normal : il n'est pas rare, en effet, de voir, dans ces conditions, des diathèses sortir de leur état latent et les affections par lesquelles elles se manifestent, marcher avec une grande rapidité; tel a été le cas pour le malade de l'observation CXVI. Depuis longtemps, il se livrait à des excès de boisson. Un jour, à la suite d'un refroidissement, il est pris d'une bronchite aiguë; cette maladie évolue très-vite : elle était symptomatique d'une tuberculose pulmonaire, et bientôt le malade succombe. L'autopsie montre les poumons farcis de granulations miliaires : il en existe, en outre, dans presque tous les organes.

Les cas de ce genre sont loin d'être rares. M. Vulpian en a observé un certain nombre : il a vu aussi plusieurs fois des alcooliques, offrant des lésions peu avancées de tuberculose pulmonaire, être pris assez brusquement de méningite tuberculeuse cérébro-spinale, rapidement terminée par la mort.

En opposition à ces sortes de cas, M. Vulpian a constaté chez plusieurs tuberculeux, que l'évolution des tubercules pulmonaires semblait être enrayée par l'usage habituel et un peu excessif des boissons alcooliques. Parfois, la suppression brusque de ces boissons était suivie de l'apparition des symptômes de la phthisie pulmonaire aiguë.

— Le malade de l'observation CXVI[a], alcoolique depuis longtemps, a fait abus d'absinthe. Il a eu des attaques épileptiformes, avec vertiges, pertes de connaissance, mouvements convulsifs, etc. En outre, il était atteint de tuberculose pulmonaire chronique.

Ce que montrent toutes les observations d'alcoolisme chronique, c'est l'ébranlement profond du système nerveux. L'alcool paraît avoir une sorte d'affinité pour cet appareil. Les lésions pathologiques sont aujourd'hui bien connues; elles portent tout à la fois sur les méninges et sur les centres nerveux. Les lésions des méninges se traduisent par des épaississements, des opacités, des adhérences; celles des centres nerveux, par des proliférations conjonctives, des destructions du tissu propre, etc. Il est probable que les nerfs périphériques eux-mêmes sont quelquefois atteints, et le système nerveux ganglionnaire ne doit point toujours échapper à l'action du poison; quelques faits cliniques le prouvent. Toutes ces altérations rendent parfaitement compte des troubles de sensibilité, de motilité, des troubles intellectuels, des déchéances physiques de l'organisme sous l'influence de l'empoisonnement lent par l'alcool. Elles expliquent, jusqu'à un certain point, la prédisposition aux affections du système nerveux que l'on a constatée souvent chez les descendants d'individus adonnés de longue date aux excès alcooliques. Combien ne voit-on pas, chez les enfants d'ivrognes, d'accidents nerveux, à formes très-diverses!

Le buveur, quelquefois, transmet à son fils la passion de

boire : ainsi le malade de l'observation CXVI[d], dont le père vivait dans un état complet d'alcoolisme; j'ai vu plusieurs exemples semblables.

Parmi les troubles du système nerveux qui relèvent de l'alcoolisme chronique, quelques-uns doivent être mis en évidence.

Un premier fait frappe en consultant les observations CXVI[b], CXVI[c], CXVI[d], CXVI[e]. M. Révillout qui a rapporté quelques traits de leur histoire l'a déjà indiqué.

Tous les troubles variés du système nerveux, dyspepsie, gastralgie, tremblements, vertiges, etc., ne constituent pas un état permanent, toujours le même. Ces troubles se montrent le plus généralement sous forme de crises, d'accès, que la moindre cause suffit à provoquer; cette cause, si légère qu'elle soit, agit toujours sur le système nerveux, qu'elle trouve tout prêt à fonctionner d'une façon anormale.

A certains moments, les malades se plaignent d'une gêne de la respiration; un grand nombre se figurent que leur poitrine *tout entière* est enserrée dans un cercle de fer, et c'est là la caractéristique de ce trouble respiratoire tout spécial.

A mesure que l'alcoolisme fait des progrès, à mesure que l'envahissement de l'organisme par le poison s'accentue davantage, on voit les phénomènes principaux de l'alcoolisme se modifier; les vomissements glaireux du matin sont remplacés par des vomissements répétés, comprenant toutes les matières ingérées. Il faut ajouter que celles-ci ne sont plus prises depuis longtemps qu'avec dégoût.

Les simples troubles dyspeptiques du début sont remplacés par de la gastralgie; celle-ci, au dire des malades, est caractérisée par une sorte de pression, par un poids des plus incommodes, au niveau de la région épigastrique (Observ. CXVI[b], CXVI[c]).

Le tremblement qui, dans le principe, se présente avec les caractères si bien connus, oscillations petites, isochrones, à amplitudes verticales très-peu étendues, se modifie profondément. Les mouvements deviennent saccadés, violents, pour ainsi dire ataxiques.

Tous ces phénomènes sont ceux qui caractérisent les crises ; ils ne constituent pas un état permanent, comme il a été dit; mais dans l'histoire symptomatique de l'alcoolisme chronique, ils ont une physionomie un peu spéciale.

Plus tard, quand les troubles de l'alcoolisme chronique sont encore plus accentués, on observe la même marche, les mêmes crises, les mêmes exacerbations dans l'évolution des phénomènes symptomatiques.

Ainsi, pour les troubles du mouvement, à certains moments, on note une grande faiblesse de tous les membres; ceux-ci se meuvent difficilement; ils sont, disent les malades, comme des masses de plomb. La marche a lieu à petits pas. Sous l'influence des émotions, tous ces phénomènes parétiques se prononcent davantage.

Même remarque pour les troubles de sensibilité : ils augmentent aussi par crises, en même temps que les autres symptômes.

J'en dirai autant des phénomènes *vaso-moteurs*. Jusqu'à présent, ils ont été peu décrits, et cependant ils constituent une particularité clinique bien intéressante. Ils sont fréquents, très-fréquents même, lorsqu'on les cherche.

Le malade de l'observation CXVI^b ressentait de temps en temps, en dehors de tout état fébrile, des bouffées de chaleur, bientôt suivies de sueurs. D'autres fois, au contraire, la peau était blanche, froide, et rien ne pouvait faire disparaître le refroidissement; le malade avait beau s'exposer au feu au point d'être incommodé par la chaleur qu'il ressentait très-bien, il ne parvenait pas à se réchauffer.

Le malade de l'observation CXVI^e avait très-souvent le bras gauche beaucoup plus froid que le droit, lorsqu'il les laissait exposés tous les deux au dehors.

Nous avons eu sous les yeux, dans le service, au n° 5 de la salle Saint-Jean de Dieu, un malade, âgé de 53 ans, gardien de passage, qui présentait ce phénomène au plus haut degré; c'était un cas d'alcoolisme des plus accusés. Déjà, au régiment, à vingt ans, cet homme se grisait tous les jours. Rentré dans la vie civile, il a continué à boire. Fréquemment, il a eu des attaques de delirium tremens : plusieurs fois, dans des attaques de ce genre, il a mis le feu chez lui. Il venait d'être encore pris de delirium tremens, lorsqu'on l'a amené à l'hôpital.

Il avait tous les caractères classiques de l'alcoolisme : troubles de sensibilité, de motilité, troubles cérébraux, troubles parétiques légers, plus accentués dans le bras gauche que partout ailleurs; or, on constatait une différence très-frappante entre le bras gauche et le bras droit sous le rapport de l'aspect, de la couleur, de la température. Ces phénomènes devenaient encore bien plus manifestes quand le malade n'avait pas les bras couverts.

Voilà des faits bien nets, bien évidents, qui prouvent que le système nerveux vaso-moteur, dans le cours de l'alcoolisme chronique, peut présenter des troubles profonds. Et quand on réfléchit aux lésions dont le système nerveux est le siége, soit dans ses enveloppes, soit dans son tissu, on comprend bien ces modifications de l'appareil vaso-moteur. Il y a là, au point de vue physiologique et au point de vue anatomo-pathologique, des recherches intéressantes à faire.

Les troubles cérébraux, dans l'alcoolisme chronique, commencent, comme on le sait, par des phénomènes d'excitation, éblouissements, vertiges, rêves effrayants, insomnie, etc. ; ils se terminent par des phénomènes de dépres-

sion; les médecins aliénistes ont bien décrit toutes ces phases. Il est difficile, souvent, de distinguer l'alcoolique, dont le système nerveux est ainsi atteint, du paralytique général arrivé à une période avancée. Sans doute, quand on a suivi pas à pas l'affection, quand les renseignements sont bien positifs, on peut arriver au diagnostic différentiel; mais il n'en est pas ainsi quand on est en présence de deux malades, à la dernière période de leur affection.

Les signes différentiels ont été bien étudiés, dans ces dernières années, par MM. Magnus Huss, Lasègue, Falret.

Ce qui complique encore le problème, c'est que la paralysie générale constitue souvent une des formes terminales de l'alcoolisme chronique. Le problème diagnostique est donc quelquefois bien difficile; il en a été ainsi chez le malade de l'observation CXVI[e]. Il avait le facies hébété, des yeux saillants, un regard inquiet; il souriait niaisement à toutes les questions qu'on lui adressait; ses réponses étaient incohérentes, sans suite; la mémoire faisait absolument défaut; il hésitait longtemps avant de répondre, cherchait dans ses souvenirs, et parlait, en bégayant, un langage presque incompréhensible, composé surtout de monosyllabes.

Les bras et les mains étaient agités d'un tremblement très-intense, qui n'augmentait pas lorsque les yeux étaient fermés. Si l'on voulait le faire marcher, il ne pouvait se tenir sur ses jambes; ses membres inférieurs chancelaient; il cherchait un point d'appui partout, et il allait à petits pas, comme en sautillant.

De plus, il était absolument gâteux.

L'autopsie a montré combien peu, chez lui, il y avait de lésions, tout au moins à l'œil nu. On a trouvé des épaississements des méninges, des adhérences à la surface des circonvolutions, un état grenu de leur surface, etc. En outre, il existait un peu de méningite aiguë spinale, ainsi que de la méningite chronique.

Les recherches histologiques montrent que, derrière ces lésions, il en est d'autres beaucoup plus graves. Elles siégent dans les centres nerveux, et elles envahissent en particulier la substance grise des circonvolutions.

Ces faits, relatifs à la paralysie générale d'origine alcoolique, avaient déjà été nettement indiqués par Marcé. Il écrivait : « Cette paralysie d'origine alcoolique, une fois qu'elle a atteint un complet développement, ne diffère en rien de la paralysie générale ordinaire; mais, dans sa période primitive et dans sa période d'invasion, elle présente une physionomie spéciale. » M. le professeur Lasègue a donné d'excellents signes pour établir le diagnostic différentiel pendant les périodes avancées de la maladie. C'est, ainsi qu'il l'a indiqué, en se fondant surtout sur la coïncidence fréquente d'autres troubles tenant à l'alcoolisme, sur les commémoratifs, sur la marche de l'affection, subordonnée, au début, à l'action de la cause provocatrice, que l'on peut arriver à différencier les deux états. A la dernière période, le diagnostic est souvent très-difficile. Il en a été ainsi chez notre malade.

OBSERVATIONS

Obs. CXVI. — *Alcoolisme chronique. — Tuberculose pulmonaire aiguë. — Mort rapide. — Autopsie.*

Le nommé P... Gallois, âgé de 49 ans, commissionnaire. Entré le 13 avril 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 30.

Renseignements. — Pas d'antécédents héréditaires.

A l'âge de 4 ou 5 ans, il a été atteint de variole.

Le malade raconte qu'il a un métier très-fatigant; il avoue

boire beaucoup (deux à trois litres de vin par jour, sans compter l'eau-de-vie).

Depuis longtemps, le sommeil est agité; il rêve; il voit des bêtes qui le poursuivent; il se sent tomber dans des trous, etc.

Il a des pituites tous les matins depuis plusieurs années; il rend quelques gorgées d'un liquide clair; en outre, il tremble beaucoup, surtout des mains.

Au commencement du mois de janvier dernier, après un refroidissement, il fut pris, à droite, sous le mamelon, d'un point de côté intense, puis de frissons répétés, de toux augmentant beaucoup la douleur du point de côté, de dyspnée, etc. Les crachats auraient été verdâtres.

Le 28 janvier, il entra dans le service de M. Bourdon, à la Charité, où l'on posa le diagnostic « pleurésie du côté droit ». On lui appliqua des vésicatoires. Le 7 mars, il partit pour Vincennes.

Il en sortit à peu près remis. Cependant il ne put reprendre son travail qu'incomplétement, parce qu'il avait de la toux et de la difficulté pour respirer.

Il y a 8 jours, il eut froid; il ressentit de légers frissons; puis il perdit l'appétit; la bouche était amère, la soif vive. La dyspnée habituelle augmenta un peu. Il éprouva aussi des bourdonnements d'oreilles, de la céphalalgie, des vertiges, et la faiblesse alla croissant. Le 13 avril 1877, il entre à l'hôpital.

État actuel. — C'est un homme assez amaigri, vieux pour son âge, au visage très-congestionné; les capillaires cutanés sont variqueux.

Les mains, surtout la droite, tremblent beaucoup si le malade étend les avant-bras; le tremblement est à oscillations brèves, courtes, verticales.

L'examen de la poitrine, qui est légèrement bombée, donne les résultats suivants:

Percussion. — En avant, sonorité exagérée dans toute l'étendue du thorax.

En arrière, un peu de submatité en bas et à droite. En ce point, la palpation fait constater une légère diminution des vibrations thoraciques, et de l'œgophonie.

Auscultation. — En avant, quelques râles sibilants dans toute la hauteur des deux poumons, et diminution légère du murmure vésiculaire.

En arrière, à gauche, quelques râles sibilants; on entend en outre des râles sous-crépitants dans le tiers inférieur du poumon.

A droite, en bas, existent quelques frottements légers.

Les crachats sont blancs, muqueux, aérés, peu abondants.

Le cœur paraît sain. — Les artères sont légèrement athéromateuses.

Le foie est un peu augmenté de volume, non douloureux. Rate normale.

Perte de l'appétit, langue blanche, soif vive.

Le malade dort mal; fréquemment, il a des rêves terrifiants.

L'urine ne contient ni albumine, ni sucre.

Traitement. — On ordonne au malade deux verres d'eau de Sedlitz. Bouillon, Tilleul. Julep gommeux avec 5 cent. d'extrait thébaïque.

15 *avril.* — Le malade se trouve très-oppressé. L'auscultation de la poitrine fait constater un grand nombre de râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue des deux poumons; de plus, râles sous-crépitants assez abondants à la partie supérieure du thorax, surtout sous les clavicules. Expectoration de crachats muqueux. T.A., 38°, 7. Ventouses sèches sur tout le thorax; même potion, en y ajoutant 25 cent. de kermès minéral.

16 *avril.* — La dyspnée est toujours très-grande. Le

malade a eu un délire assez violent pendant la nuit. M. Vulpian diagnostique une tuberculisation granuleuse généralisée prenant le masque d'une bronchite capillaire asphyxique. Ventouses sèches sur tout le thorax. Sinapismes aux membres inférieurs. Même prescription ; en outre, potion de Todd. T. A., 39°.

17 *avril.* — Id. T. A., 39°, 1. Large vésicatoire sur la région antérieure du thorax. Eau-de-vie allemande, 15 grammes.

18 *avril.* — Id. T. A., 39°.

19 *et* 20 *avril.* — Id. T. A., 38°, 8.

21 *avril.* — La difficulté de respirer est toujours extrême. La poitrine est remplie de râles fins. On applique un large vésicatoire entre les deux épaules. T. A., 38°.

22 *avril.* — Id. T. A., 38°, 5

23 *avril.* — Le malade a beaucoup maigri. Il est asphyxiant. Il meurt au matin, 24 avril.

Autopsie. — *Cavité thoracique.* — La surface des deux poumons est couverte d'une multitude de granulations miliaires qui donnent à la main une sensation de rudesse toute spéciale. Sur les coupes, on voit que le tissu pulmonaire est farci de ces granulations. La plupart sont transparentes. Il en existe très-peu de grisâtres, opaques. Le sommet du poumon gauche est induré. Le tissu, comme lardacé, crie sur la coupe. Pas de produits caséeux.

Le poumon droit est entouré par une coque fibreuse, très-épaisse. Il est un peu ratatiné et rempli de granulations miliaires; très-léger épanchement séreux dans la cavité pleurale. Les deux feuillets de la plèvre droite, feuillet viscéral et feuillet pariétal, sont envahis par les granulations.

Le cœur est un peu augmenté de volume.

Sur la face antérieure du ventricule droit existe une

plaque laiteuse, irrégulièrement arrondie, de trois à quatre centimètres de diamètre.

Le muscle cardiaque est sain. Les *valvules* sont absolument normales; pas de caillots dans les gros vaisseaux de la base du cœur. Épanchement séreux assez abondant dans le péricarde. On ne trouve pas de granulations tuberculeuses ni dans le péricarde, ni dans l'épaisseur du myocarde.

Pas d'athérôme de l'aorte.

Cavité abdominale. — Le foie est manifestement augmenté de volume; son tissu est un peu résistant. Le tissu conjonctif paraît plus abondant. Sous la capsule de Glisson, ainsi que sur les coupes du foie, on constate des granulations tuberculeuses assez nombreuses.

La rate a sa consistance habituelle; elle est entourée de plaques de périsplénite ancienne. On ne trouve pas de granulations dans le tissu de la rate.

Les reins ont leurs dimensions normales. L'enveloppe fibreuse s'enlève avec facilité. La surface de ces organes est parsemée de granulations tuberculeuses miliaires. Il en existe également sur la coupe. Pas de dégénérescence graisseuse ou amyloïde.

Cavité crânienne. — La pie-mère, un peu épaissie, est assez adhérente à la surface du cerveau, principalement au niveau des circonvolutions frontales.

Le tronc basilaire et les sylviennes sont athéromateuses. Il existe quelques granulations miliaires sur les branches pariétales des sylviennes, à gauche et à droite.

Le tissu cérébral est normal.

OBS. CXVI[a]. — *Alcoolisme chronique. — Tuberculose pulmonaire chronique acquise. — Crises convulsives.*

Le nommé H..., Adolphe, âgé de 41 ans, cocher.

Entré le 5 février 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 2.

Renseignements. — Ce malade s'est toujours bien porté jusqu'en 1862, époque à laquelle il contracta la fièvre paludéenne pendant son séjour en Afrique, comme militaire. — Il garda cette fièvre environ deux ans.

Lors de son séjour en Afrique, il s'est livré à une consommation exagérée d'absinthe. — Il en prenait environ 7 à 8 verres par jour. — Depuis, il a continué à en boire, mais, dit-il, seulement un verre avant chaque repas.

Le matin, il buvait à jeun du vin blanc ou de l'eau-de-vie, et pendant la journée environ 2 litres de vin.

Ces excès alcooliques ont cessé depuis sa maladie actuelle, qui remonte au mois de juin 1876, c'est-à-dire à 8 mois. A cette époque, en effet, à la suite d'une grande fatigue occasionnée par un travail pressé, cet homme reçut, étant en sueur, une pluie qui le refroidit considérablement. — Il éprouva bientôt du frisson, un point de côté, et il toussa beaucoup. — Conduit à la Pitié, il y fut traité pour une pleurésie. — Ses crachats, qui étaient très-abondants, contenaient des filets de sang.

Au bout de 2 mois, on l'envoya à Vincennes en convalescence; mais là, il retomba malade et entra à l'infirmerie, où il resta 6 jours. — Il avait été repris de frisson, de fièvre et de toux. — Il en sortit au bout de ce temps, et malgré l'avis du médecin, qui lui conseillait de retourner à l'hôpital, il alla se soigner chez lui. — A dater de ce moment, l'appétit n'est jamais revenu, et il commença bientôt à maigrir et à perdre ses forces. En outre, le malade raconte qu'en 1872 il perdit subitement connaissance pendant 20 minutes environ. D'après le dire des personnes qui l'ont vu à ce moment, il ne s'est pas débattu, mais il avait la face extrêmement congestionnée. — Le médecin qui fut appelé diagnostiqua une congestion cérébrale et pratiqua une saignée. — Un soulagement immédiat se produisit. Plus tard, dans les 6 mois qui suivirent, le malade vit encore apparaître

deux fois les mêmes symptômes de congestion cérébrale, et il se fit saigner aussitôt.

Etat actuel. — Homme de taille moyenne, pâle, très-cachectique ; léger œdème des membres inférieurs.

Amaigrissement général prononcé. Peau sèche, squameuse. T. A., 38°. L'appétit a notablement diminué. Le malade se plaint de douleurs à la région épigastrique ; ces douleurs sont surtout vives lorsqu'il vient de manger. Elles sont accompagnées de nausées et quelquefois de vomissements. On les provoque facilement par la pression. En outre, il existe de la diarrhée. Le malade va huit à dix fois, par jour, à la garde-robe. Les selles sont liquides, jaunâtres ; elles ne contiennent pas de sang.

Le malade dort mal ; il a des rêves terrifiants ; il voit des animaux qui se promènent sur son lit ; il tombe dans des précipices. Les mains sont agitées par un tremblement continuel, qui s'exagère beaucoup au moindre mouvement, à la moindre émotion. Lorsqu'il est debout, il tremble sur ses jambes. — Cependant il n'existe pas d'état parétique, pas de troubles de sensibilité, pas de modifications du côté des sens.

En outre, il se plaint d'être atteint d'une toux presque continuelle. Les crachats sont peu abondants ; quelques-uns sont franchement purulents.

L'examen du thorax montre que les deux sommets des poumons, en arrière, sont mats. A gauche, la matité est plus prononcée qu'à droite. L'auscultation fait entendre des craquements secs bien nets. Il en existe également sous les clavicules. — Dans le reste de l'étendue des poumons, râles sibilants et ronflants, d'ailleurs peu abondants.

Rien de particulier à signaler du côté des autres organes. Urine normale.

Traitement. — On prescrit une potion gommeuse avec

trente grammes de sirop d'opium et quatre grammes de sous-nitrate de bismuth. — Vin de quinquina. Badigeonnage de teinture d'iode au sommet de la poitrine, successivement en avant et en arrière, à gauche et à droite.

10 *février.* — Les troubles dyspeptiques sont un peu moins accusés ; la diarrhée a diminué.

12 *février.* — Pendant la nuit, le malade a eu une crise avec perte de connaissance, et il s'est débattu, au dire de ses voisins.

15 *février.* — Hier, dans la journée, le malade a eu une nouvelle crise convulsive, mais de très-courte durée. On donne quatre grammes de bromure de potassium.

Le malade quitte volontairement le service à la fin du mois : ses poumons sont absolument dans le même état que lors de son entrée. Il n'a plus eu de crises convulsives.

Obs. CXVI[b]. — *Alcoolisme chronique. — Troubles psychiques. — Altération de la sensibilité et de la motilité. — Troubles dyspeptiques et vaso-moteurs. — Accentuation des phénomènes sous l'influence de l'émotion.*

Le nommé T..., Jean, âgé de 43 ans, employé de commerce.

Entré le 5 juillet 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 27.

Renseignements. — Le malade ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents. Il n'a jamais fait de maladie sérieuse.

Pendant son séjour en Afrique, il a bu beaucoup d'absinthe et d'eau-de-vie. Depuis sa rentrée en France, il a toujours continué à faire des excès de boisson.

Etat actuel. — Homme grand, assez fort. Il est adipeux. Son sommeil est troublé par des cauchemars ; le matin, il a de la pituite. — Les doigts sont agités par un tremblement très-marqué.

Troubles digestifs. — Ce malade accuse des vomissements

qui reviennent à intervalles irréguliers et qui ne coïncident pas toujours avec les repas. Aussitôt après avoir mangé, il a de la pesanteur à l'estomac ; les digestions sont laborieuses. Diarrhée ; cinq ou six selles liquides par jour.

Troubles cérébraux. — La mémoire est très-affaiblie. Le malade accuse de fréquents vertiges. Souvent, il est obligé de s'appuyer pour ne pas tomber. Des lueurs lui passent devant les yeux, et sa vue se fatigue très-vite. Au bout de quelques minutes, il ne peut plus lire.

Il éprouve souvent des bourdonnements d'oreilles ; il a des illusions d'acoustique. Il croit quelquefois entendre des cloches, le canon, etc., etc., ou encore des voix lui parler à l'oreille. Idées tristes, et, souvent, désirs de suicide. Il faut ajouter qu'il se trouve en proie à de profonds chagrins domestiques en ce moment.

Troubles de sensibilité. — La sensibilité paraît intacte ; cependant le malade éprouve des douleurs vagues un peu partout, et particulièrement autour de la poitrine, où il ressent une sorte de constriction qui lui occasionne de fréquents accès de suffocation : ces accès d'étouffement sont provoqués par la moindre excitation morale. Les douleurs s'irradient aussi dans les membres, mais elles n'ont pas de siége bien précis.

Troubles vaso-moteurs. — De temps en temps surviennent des bouffées de chaleur qui sont suivies de sueurs ; d'autres fois, c'est un refroidissement que rien ne peut faire disparaître. C'est ainsi que le malade a beau s'exposer au feu, au point d'être incommodé par la chaleur, qu'il ressent du reste très-bien, cependant il ne parvient pas à se réchauffer.

Troubles de la motilité. — On note une grande faiblesse de tous les membres. Au dynamomètre, il amène 50 à gauche et 36 à droite. Tremblement très-prononcé des mains. Les membres inférieurs se meuvent difficilement.

Le malade dit qu'ils lui semblent être comme des masses de plomb. La marche a lieu par petits pas et ne présente pas d'autres phénomènes que la gêne des mouvements.

De temps en temps, les orbiculaires des lèvres se contractent involontairement.

Le malade raconte assez bien ; cependant il prend quelquefois des mots les uns pour les autres, ou bien il ne se rappelle pas le mot exact pour qualifier son idée. Il n'y a pas de bégaiement, mais une sorte de tremblement, d'ailleurs léger, de la langue. Les pupilles sont égales. Pas de crises convulsives.

Lorsqu'on excite un peu le malade, lorsqu'on le presse de questions, il se met à trembler beaucoup plus fort, et il se plaint de souffrir partout.

Les urines sont normales.

Traitement. — On donne : poudre d'ipécacuanha, deux grammes en trois paquets. — Tilleul.

7 *juillet.* — Les vomissements ont été assez abondants. — Le malade paraît soulagé. — Vin de quinquina. — Quatre grammes de bromure de potassium à prendre dans la soirée. Vingt gouttes de teinture de noix vomique dans un julep thébaïque.

15 *juillet.* — Le sommeil est un peu meilleur. Les vomissements sont moins fréquents.

1er *août.* — Le malade est plus calme ; le tremblement des mains a presque disparu.

15 *août.* — Les troubles dyspeptiques sont beaucoup moins accentués. Les salles étant évacuées pour des travaux de réparation, le malade passe dans un autre service.

Obs. CXVIe. — *Alcoolisme chronique. — Troubles cérébraux. — Dyspepsie. — Troubles vaso-moteurs.*

Le nommé B..., Marie, âgé de 43 ans, brocheur.

Entré le 29 juin 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 2.

Etat actuel. — Ce malade dit avoir été déjà traité à la Charité pour une attaque de delirium tremens en 1869.

Depuis 1871, il a perdu la mémoire, et ses forces ont diminué peu à peu. Des cauchemars troublent continuellement son sommeil.

Le matin, il vomit; les digestions sont pénibles; quelquefois, il a des coliques et de la diarrhée.

Depuis 4 à 5 ans, palpitations de cœur au moindre effort. Aussitôt que ces palpitations le prennent, il se met à tousser, et il crache quelquefois du sang, mais en petite quantité.

Il éprouve souvent des crampes dans le membre supérieur gauche et le membre inférieur droit. Souvent aussi, pendant la saison froide, sa main gauche devient blanche et anesthésiée pendant 1 heure 1/2.

État actuel. — C'est un homme un peu amaigri, fatigué; en l'interrogeant, on remarque une hésitation de la parole due à une trémulation de presque tous les muscles de la langue; cette trémulation apparaît aussitôt que le malade veut parler. Les bras, les mains tremblent à propos d'un mouvement quelconque. Ce tremblement est considérable surtout aux mains, lorsqu'on les fait étendre. Il a ce caractère particulier d'être extrêmement variable dans son intensité; à certains moments, cet homme peut travailler aussi adroitement que s'il ne tremblait pas; d'autres fois, sous l'influence d'une émotion vive, de la fatigue, il peut à peine marcher; il n'est plus maître du mouvement de ses mains, qui tremblent avec force; en portant un verre à sa bouche, il en répand le contenu. Parfois, il a des sortes de crises pendant lesquelles le corps est agité de secousses semblables à celles d'un violent frisson.

La sensibilité est intacte, ainsi que les sens. Il est facile, en comparant les deux bras, de voir qu'ils offrent une différence de teinte, et de constater, à la main, une diffé-

rence de température; tout le bras droit est plus froid que le bras gauche et les téguments présentent une coloration un peu cyanosée, surtout au niveau de la main et des doigts.

Rêves effrayants; insomnie; vertiges; fourmillements dans les membres; démangeaison générale.

L'appétit est nul; vomissements fréquents; pesanteur à l'estomac. Le malade a toujours comme une sorte de barre qui exerce une pression très-vive à la région épigastrique. La région hépatique est elle-même douloureuse à la pression. Légère tuméfaction du foie. Urine normale.

Traitement. — On donne 2 grammes de poudre d'ipéca en trois paquets.

1er *juillet.* — L'état gastrique est moins prononcé. Deux grammes de bromure de potassium. Vin de quinquina.

Ce traitement n'est continué que pendant quelques jours. Le malade quitte l'hôpital, malgré les conseils qu'on lui donne.

Obs. CXVId. — *Alcoolisme chronique. — Troubles psychiques et moteurs, très-accentués. — Dyspepsie. — Insuffisance mitrale. — Athéromasie artérielle.*

Le nommé M..., Emile, âgé de 49 ans, photographe.

Entré le 14 juin 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 1.

Renseignements. — Il résulte des renseignements fournis par les parents du malade que son père vivait dans un état complet et permanent d'alcoolisme.

Lui-même consomme une quantité considérable d'alcool (vin, bière, eau-de-vie, etc.) depuis longtemps.

Il a eu une fièvre typhoïde à l'âge de 28 ans; de plus, il raconte que, dans sa jeunesse, il avait souvent des palpitations de cœur. Rien autre chose de particulier à signaler dans ses antécédents.

Etat actuel. — Homme d'un embonpoint assez notable,

à figure couperosée. — Les traits du visage sont fatigués. Etat hypocondriaque évident. L'intelligence du malade est notablement affaiblie. Il dit que depuis un an il est devenu très-irritable. La moindre contrariété suffit pour le surexciter pendant un instant; à cette période, de courte durée, succède un abattement profond.

La mémoire a beaucoup diminué. Ses idées sont un peu incohérentes. Le malade s'émeut facilement et croit à chaque moment que telle ou telle partie de son corps se dérange.

Il dit souffrir de partout et spécialement des deux genoux; cependant ceux-ci ne présentent rien de particulier.

Pendant la nuit, son sommeil est troublé par des cauchemars qui le terrifient, et il demande instamment qu'on lui procure un peu de repos.

La sensibilité est partout conservée. Il existe un peu d'hyperesthésie aux membres inférieurs et aux membres supérieurs. Les masses musculaires sont douloureuses à la pression.

Le malade se plaint de vertiges et d'une céphalalgie frontale habituelle. Il n'a pas de troubles des sens.

Ses mouvements musculaires sont un peu altérés; on constate le tremblement caractéristique des doigts et une légère trémulation de la langue; il y a de l'hésitation évidente dans la parole, mais pas de véritable bégaiement.

Les fonctions digestives sont mauvaises; l'appétit est diminué. Le malade a fréquemment des coliques et souvent la diarrhée. Jamais de vomissements. La langue est blanche, saburrale; le ventre douloureux à la pression dans toute son étendue, mais surtout à la région épigastrique.

Les artères sont fortement athéromateuses. Le cœur bat régulièrement et présente un bruit de souffle rude au premier temps et à la pointe. Accès de palpitations assez fréquents. Léger œdème au pourtour des malléoles; cet

œdème disparaît rapidement par le repos. — Les autres organes ne présentent rien de particulier à noter. — Urine normale.

Traitement. — On donne au malade 15 grammes d'huile de ricin.

16 *juin.* — Le sommeil est toujours profondément troublé par des rêves. Quatre grammes de bromure de potassium. Une pilule de 0,10 de poudre de feuilles de digitale. Deux grammes de chloral, à prendre dans la soirée.

Ce traitement est continué pendant une quinzaine de jours. Au bout de ce temps, le malade quitte le service à peu près dans le même état que lors de son entrée.

Obs. CXVI^e. — *Alcoolisme chronique. — Tremblements. — Affaiblissement de toutes les parties du corps. — Troubles cérébraux profonds. — Démence. —* Autopsie : *Lésions de la paralysie générale.*

Le nommé G..., Jean, âgé de 42 ans, cordonnier.

Entré le 12 juillet 1877, salle Saint-Jean de Dieu, lit n° 22.

Renseignements. — La famille de ce malade raconte que, depuis longtemps, il fait des excès de boisson. Plusieurs fois, il a eu des accès de délire pendant lesquels on était obligé de l'attacher. Son état intellectuel a considérablement baissé depuis un an. Le malade, pressé de questions, finit par répondre; mais on ne peut avoir aucun renseignement sur sa vie antérieure, ni sur son état actuel.

Etat actuel. — Homme très-amaigri, fatigué. Il a le facies hébété, des yeux saillants, le regard inquiet.

Il sourit niaisement aux questions qu'on lui adresse sur sa santé.

Ses réponses ne concordent pas toujours avec les demandes, et la plupart se font lentement, après une longue hésitation; cependant il dit bien oui et non. Pas de bégaiement.

Il a perdu totalement la mémoire.

Le malade est très-faible; il ne peut se tenir debout; il tremble sur les jambes, et bientôt tout le corps, si l'attitude debout se prolonge, est pris de tremblement.

Lorsqu'il fait mouvoir ses bras, on remarque un tremblement très-intense. Cependant le malade exécute facilement tous les mouvements qui lui sont indiqués. Les yeux étant fermés, il porte très-bien un verre à sa bouche sans hésitation.

La force musculaire est un peu diminuée.

Lorsqu'on fait marcher le malade, on voit qu'il n'est pas solide sur ses jambes. Il cherche toujours à prendre un appui pour ne pas tomber, et, comme il a été dit, les membres inférieurs sont agités du même tremblement que les mains. Le malade se retourne facilement, mais il ne peut faire un pas en avant les yeux fermés.

Du reste, les mouvements se font avec une certaine lenteur.

La langue présente un peu de tremblement. Légère inégalité pupillaire; la pupille gauche est plus dilatée que la droite.

L'examen des organes est négatif. Urine normale.

Traitement. — On donne : potion de Todd, vin de quinquina, deux grammes de chloral.

14 *juillet.* — La nuit a été très-mauvaise; on a été obligé d'attacher le malade. Vers les deux heures du matin, il a été pris de délire avec excitation; il s'est levé; il poussait des hurlements, etc. T. A., 38°. On ordonne 4 grammes de chloral.

15 *juillet.* — L'affaiblissement général fait des progrès. Le malade ne parle plus; il fait sous lui.

16 *juillet.* — Même état. Commencement d'eschares au siége.

17 *juillet.* — Les nuits sont toujours très-agitées. Cinq grammes de chloral.

18, 19 *juillet.* — Id.

20 *juillet.* — Le malade, considérablement affaibli, meurt dans l'après-midi. L'eschare était assez étendue et profonde.

Autopsie. — *Centres nerveux.* — Rien de particulier à signaler du côté de la dure-mère.

La pie-mère est épaissie et adhérente, surtout au niveau des circonvolutions frontales et principalement sur le lobe sphénoïdal. Quand on la détache, à ce niveau, on constate qu'elle est blanche, opaque, très-résistante. Elle adhère à l'écorce superficielle du lobe, de sorte que, pour la séparer, on est obligé de détruire le tissu nerveux.

Les circonvolutions frontales ont, sur la coupe, une teinte hortensia très-marquée. Leur surface externe paraît granuleuse.

Il n'existe pas d'hémorrhagie ni de ramollissement cérébral.

Les artères sont peu athéromateuses.

La pie-mère est épaissie et très-adhérente sur la protubérance, le cervelet. Pas d'état granuleux de l'épendyme du plancher du quatrième ventricule.

Sur les surfaces des diverses coupes pratiquées dans les différentes parties de l'encéphale, on constate une couleur hortensia très-prononcée. Pas de lacunes; pas d'hémorrhagies ni de ramollissement.

Moelle épinière. — Il n'y a pas d'adhérences de la dure-mère. La pie-mère est épaissie, surtout au niveau des racines antérieures et à la partie postérieure de la moelle. Dans ces régions, la pie-mère est un peu épaisse, opaque et jaunâtre par places.

Cavité abdominale. — Tous les organes paraissent sains, à l'exception des reins. Ceux-ci, plus petits que dans l'état normal, durs, résistants, semblent atteints d'un léger degré de néphrite interstitielle.

Cavité thoracique. — Rien de particulier à signaler.

SECTION II

SATURNISME.

Plusieurs points de l'histoire du saturnisme chronique ont été élucidés dans ces dernières années. On peut s'en convaincre en consultant l'exellente thèse d'agrégation de M. Renaut (Paris, 1875). Cette thèse contient un très-grand nombre d'observations que j'avais prises, en 1875, avec M. Vulpian, à l'hôpital la Pitié. J'ai communiqué à la Société de biologie plusieurs particularités cliniques sur lesquelles M. Vulpian avait appelé mon attention et qui complètent, sous certains rapports, le tableau si bien tracé par M. Duchenne, de Boulogne.

Quand on envisage d'un coup d'œil d'ensemble la série des accidents que l'empoisonnement lent, par le plomb, détermine dans l'organisme, on voit qu'en somme ceux-ci consistent en manifestations qui portent surtout sur le système nerveux : ainsi la colique saturnine, les troubles encéphalopathiques, les paralysies, les douleurs arthralgiques, l'anesthésie, etc.

Le malade de l'observation CXIX, qui souffrait tellement du talon et de la plante des pieds qu'il ne pouvait marcher, avait des accidents arthralgiques qui paraissaient bien dépendre d'une altération nerveuse, car les articulations, en apparence tout au moins, étaient indemnes de toute lésion.

Comme dans l'alcoolisme chronique, on trouve des lésions méningées, des lésions médullaires, des lésions des nerfs périphériques, des lésions musculaires. Ce sont peut-être ces deux ordres de lésions, lésions des muscles et des nerfs périphériques, qui sont les plus fréquentes. M. Vulpian, MM. Renaut et Debove, M. Mayor ont donné la description histologique des modifications anatomiques

trouvées dans ces deux sortes d'organes. On sait qu'il y a atrophie, peut-être par névrite, des extrémités terminales des nerfs périphériques, et, en même temps, une atrophie des faisceaux musculaires, avec multiplication des noyaux de ces faisceaux : ces lésions rendent bien compte de tous les phénomènes symptomatiques.

Dans le cours de l'intoxication saturnine chronique, il peut survenir, et il survient souvent, un épisode aigu : la colique saturnine. Cliniquement, elle est bien connue; mais il est un point sur lequel les avis sont partagés : c'est celui relatif au siége de l'affection. Quelques auteurs ont pensé qu'elle était une lésion musculaire de l'intestin ; d'autres auteurs la considèrent comme dépendant du système nerveux abdominal; enfin M. Briquet en plaçait le siége dans les muscles des parois de l'abdomen. M. Gubler m'a souvent montré l'année dernière, à Beaujon, que, le malade étant sous le coup de l'attaque de colique saturnine, on pouvait prendre à pleines mains et serrer fortement les muscles de l'abdomen, sans déterminer de douleurs, tandis qu'on en provoquait une très-vive en pressant l'intestin (observation CXVII).

Comme M. Vulpian le fait remarquer dans ses leçons sur les vaso-moteurs (page 477), « nous ne savons rien de bien net sur la physiologie pathologique des phénomènes abdominaux de la colique saturnine ; il est possible que la constipation résulte d'une action du plomb sur les nerfs sécréteurs intestinaux, le poison portant son action sur le plexus ganglionnaire du sympathique destiné à l'intestin. »

— L'observation CXVIII est un de ces exemples, aujourd'hui déjà nombreux, de lésions rénales chroniques, développées dans le cours de l'intoxication saturnine. La clinique avait enseigné le fait; les travaux de M. Aug. Ollivier en ont donné la preuve expérimentale.

Il s'agit d'un malade âgé de 27 ans, qui, depuis l'âge de

14 ans, est peintre en bâtiments. Jusqu'à l'âge de 23 ans, époque à laquelle il eut sa première attaque de coliques, il n'a éprouvé aucun accident ; depuis lors, il a eu de nombreuses coliques, et même il lui est survenu, il y a quelques années, une légère paralysie des extenseurs du pouce et de l'index de la main droite.

Le jour de son entrée à l'hôpital, le malade présentait une teinte anémique très-prononcée ; la peau était jaune pâle, les lèvres et les paupières étaient décolorées ; à la base du cœur, on entendait un souffle doux, au premier temps ; un souffle analogue existait également dans les vaisseaux du cou. Les artères étaient fortement athéromateuses. Polyurie ; il rend jusqu'à trois litres d'urine par nuit ; l'urine est claire et contient de l'albumine en petite quantité. Sans doute, dans ce cas, il y avait une néphrite interstitielle, traduite par la polyurie et l'albuminurie. Je ferai remarquer que, malgré son jeune âge, ce malade avait le système artériel fortement athéromateux. Les auteurs anglais, Jonhson en particulier, ont beaucoup insisté sur le rapport qui, suivant eux, existe entre l'athérome et la néphrite interstitielle ; quelques-uns sont allés jusqu'à faire de la maladie chronique du rein une conséquence de l'artério-sclérose : en tout cas, la coïncidence n'est pas rare. Il est juste d'ajouter que le saturnisme chronique est par lui-même une cause d'irritation inflammatoire des reins et une cause non moins démontrée d'athéromasie artérielle.

A propos de ce malade, il faut encore faire une remarque. Il avait une anesthésie légère de la peau ; or, il était facile de rendre à cette dernière membrane toute sa sensibilité en la frottant un peu fort. M. Gubler m'a enseigné ce moyen, qui réussit toujours. Les papilles nerveuses, titillées par le frottement, fonctionnent de nouveau avec énergie.

— L'observation CXIX offre plusieurs détails qui ont

leur importance. 1° Le malade, âgé de 28 ans, avait de l'albuminurie à son entrée à l'hôpital. Il y vint pour une colique peu intense et surtout pour des accidents paralytiques. Cet homme, peintre en bâtiments depuis l'âge de 14 ans, avait déjà eu, au moment de son entrée dans le service, huit attaques de colique saturnine, qui l'ont conduit à un état de cachexie profonde. M. Gubler a fait remarquer, dans son article *Albuminurie*, que jamais on n'observait l'albuminurie, à moins d'une néphrite aiguë intercurrente, au début du saturnisme chronique. Toujours, dit-il, quand il y a albuminurie, les accidents saturnins sont anciens, et ils ont conduit le malade à une cachexie très-accusée, qui est la cause du diabète albumineux. Quelle que soit la théorie que l'on adopte, ou l'existence d'une lésion rénale alors que se produit le symptôme albuminurie, ou bien, au contraire, une altération du sang engendrant le phénomène, le fait clinique n'en reste pas moins vrai. 2° Ce malade, pendant son séjour à l'hôpital, a eu une teinte subictérique générale, avec coloration jaunâtre très-accentuée des sclérotiques; l'urine ne contenait pas de matière colorante de la bile; elle donnait au linge blanc une couleur rouge saumon; en un mot, les signes étaient ceux de cette variété spéciale d'ictère que M. Gubler appelle ictère hémaphéique.

— Il résulte d'observations que j'ai recueillies à la Pitié et, l'an dernier, à l'hôpital Beaujon, que tous les troubles de mouvements, toutes les formes possibles du tremblement peuvent se rencontrer dans le saturnisme chronique : mouvements choréiformes, ataxiques, tremblement simulant celui des alcooliques, etc.; l'observation CXX est un nouvel exemple de ce fait clinique.

Il ressort aussi de ces observations que, dans certains cas, la paralysie saturnine peut commencer par le petit doigt (obs. CXXI), par le pouce, etc. Des faits de ce genre

n'avaient pas été notés par Duchenne (de Boulogne).

Chez le malade de l'observation CXXI, il existait une atrophie des muscles du bras. L'atrophie a envahi même ceux de l'épaule. Les muscles paralysés, comme cela est la règle, avaient perdu leur contractilité électrique. Les altérations musculaires se rencontraient au bras droit et au bras gauche; cependant elles étaient un peu moins prononcées dans ce dernier; il faut remarquer que le malade se servait de sa main droite. Cet homme, âgé seulement de 29 ans, était profondément atteint par le plomb. Les appareils musculaires, nerveux, etc., en portaient des traces bien manifestes. L'alcoolisme et la syphilis avaient d'ailleurs apporté leur contingent à l'état morbide du patient. Comme le faisait remarquer M. Vulpian, vraisemblablement il existait, chez ce malade, ces altérations de la moelle épinière dont il a constaté nettement l'existence dans un cas.

OBSERVATIONS

Obs. CXVII. — *Coliques saturnines. — Léger degré d'anesthésie des membres inférieurs.*

Le nommé J..., Adolphe, âgé de 40 ans, cérusier.

Entré le 7 février 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 29.

Antécédents. — Cet homme dit s'être toujours parfaitement porté. Autrefois il faisait le métier de teinturier. Depuis 3 mois, il travaille dans une fabrique de céruse.

Il y a 4 jours, il ressentit une douleur très-vive dans le creux épigastrique; c'était une véritable barre dans l'estomac.

Bientôt, il fut pris de constipation; il perdit complétement l'appétit.

En même temps, il ressentit des crampes, des fourmillements dans les jambes, surtout dans la jambe gauche. Il éprouva aussi des douleurs de tête qui devinrent bientôt atroces.

Le 6 février, ces douleurs de tête furent très-violentes, et le malade fut pris tout à coup de vertige, à l'atelier; tout tournait autour de lui, et, s'il ne s'était retenu, il serait tombé; cet état vertigineux dura environ 10 minutes.

Il entre à l'hôpital le 7 février 1877.

État actuel. — C'est un homme assez robuste, un peu amaigri; ses traits tirés indiquent une vive souffrance.

Teinte jaunâtre de la peau et des sclérotiques. Le malade garde le décubitus dorsal; il gémit souvent.

Liseré bleu des gencives, au niveau du collet des dents.

Le ventre est rétracté, dur; les muscles sont fortement tendus.

Douleurs abdominales vives, quand on presse avec la pointe du doigt le ventre du sujet, surtout au niveau de la région ombilicale droite.

Le pincement des parois abdominales ne provoque pas de douleur. On produit même du soulagement quand on appuie fortement avec la paume de la main sur l'abdomen.

Vomissements jaunes, amers, bilieux.

Constipation opiniâtre; haleine forte.

La matité hépatique a diminué; le foie est rétracté.

Les membres supérieurs ne sont pas atteints de paralysie. Pas de douleurs; pas d'anesthésie.

Le malade ressent de légères crampes, des fourmillements dans les jambes, en particulier dans la jambe gauche.

Légère anesthésie de la jambe droite, surtout à la face externe du mollet droit. Quelques crampes dans les cuisses, quand le malade est debout. Il dit que ses jambes sont aussi fortes qu'auparavant.

Il éprouve une céphalalgie très-violente; il ne peut dormir.

L'examen du *cœur* indique un léger bruit de galop à la pointe. Rien de particulier à noter dans les autres organes. L'urine ne contient ni albumine ni sucre.

8 *février*. — *Traitement*. — On donne au malade vingt grammes d'eau-de-vie allemande.

9 *février*. — Il y a eu deux garde-robes assez abondantes; le malade souffre moins du ventre.

10 *février*. — Mieux sensible.

13 *février*. — Le malade n'est pas allé à la selle depuis le 9 février : embarras gastro-intestinal évident. Langue chargée; goût pâteux; il y a même eu des vomissements pendant la nuit.

Douleurs vives dans l'abdomen et le creux épigastrique. Céphalalgie.

On donne 15 grammes d'huile de ricin, et le soir un lavement purgatif.

14 *février*. — Il n'y a pas eu de garde-robes. Le malade prend 45 grammes de sulfate de magnésie.

15 *février*. — Évacuations alvines abondantes, dans la journée d'hier. Mieux sensible; cependant la constipation persiste.

16 *février*. — Le malade se sent beaucoup mieux. Il va facilement à la selle.

18 *février*. — Il a été pris dans la nuit de sueurs abondantes.

29 *février*. — Le malade va très-bien. Vin de quinquina. Trois portions.

5 *mars*. — Part pour Vincennes en convalescence.

Obs. CXVIII. — *Intoxication saturnine chronique. — Coliques saturnines. — Néphrite interstitielle.*

Le nommé G..., Auguste, âgé de 27 ans, peintre en bâtiments.

Entré le 11 janvier, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 9.

Renseignements. — Ce malade a eu une attaque du rhumatisme articulaire aigu vers l'âge de douze ans ; il aurait éprouvé, à ce moment, des palpitations.

Il exerce la profession de peintre depuis l'âge de 14 ans. Jusqu'à l'âge de 23 ans, il n'a éprouvé aucun accident. Mais, à cette époque, il fut pris de violentes douleurs abdominales. Elles furent accompagnées de constipation.

En même temps, le malade remarqua une légère paralysie de l'index et du pouce de la main droite.

Depuis quelques jours, nouvelle attaque de coliques saturnines.

État actuel. — Le malade semble plus âgé qu'il ne l'est réellement. Il présente une teinte anémique très-prononcée. La peau est jaune pâle, les lèvres et les paupières décolorées.

On perçoit un souffle doux à la base du cœur, au 1er temps. Ce souffle se prolonge dans les vaisseaux du cou.

Les artères sont athéromateuses.

Depuis trois mois, il est atteint de polyurie ; il rend environ 3 litres d'urine chaque nuit. Dans la journée, cette polyurie diminue.

L'urine est pâle, décolorée ; elle renferme un léger nuage d'albumine.

Depuis six jours, le malade est atteint de coliques de plomb. La douleur abdominale est assez intense ; elle cesse par la pression sur une large surface, tandis qu'elle augmente lorsque la pression est limitée en un point. Le malade se couche sur le ventre pour se soulager. Le ventre est plat.

Constipation opiniâtre avec rétention d'urine. On remarque sur les gencives un liseré grisâtre ; légère anesthésie de la peau des jambes. Insomnie. La paralysie du pouce et de

l'index, précédemment notée, a presque totalement disparu.

Le malade est sans fièvre.

Traitement. — Vingt grammes de teinture de jalap composée. On sonde le malade.

13 *janvier.* — Quelques garde-robes liquides. Les douleurs abdominales ont diminué. La rétention d'urine persiste.

14 *janvier.* — On donne au malade un gramme d'iodure de potassium. Vin de quinquina. Deux bains sulfureux par semaine.

17 *janvier.* — Les coliques ont diminué; la rétention d'urine a cessé complétement. On n'a été obligé d'avoir recours au cathétérisme que pendant deux jours.

18 *janvier.* — Le malade urine facilement; il a de la polyurie. Souvent, il rend cinq litres d'urine en 24 heures. L'urine contient toujours un léger nuage d'albumine.

25 *janvier.* — Même état.

1er *février.* — Le malade est mieux. L'appétit est revenu. Il engraisse un peu.

Le malade quitte l'hôpital, convalescent, vers la fin du mois. La polyurie était toujours très-accusée; il n'y a plus qu'une trace d'albumine. Les forces ont considérablement augmenté.

Obs. CXIX. — *Intoxication saturnine chronique. — Albuminurie. — Arthralgie. — Paralysie saturnine.*

Le nommé S..., Jean, âgé de 28 ans, peintre en bâtiments.

Entré le 7 juillet 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 16 bis.

Renseignements. — Ce malade exerce sa profession de peintre depuis 14 ans. Il a déjà eu huit attaques de colique saturnine. Lors de la sixième attaque, il a eu, dès le début même de la colique, une paralysie des extenseurs

des doigts de la main droite, avec céphalalgie, délire et diplopie, ayant duré quelques jours. Depuis, à chaque accès, il a des douleurs articulaires très-intenses, qui le font souffrir davantage que celles de la colique elle-même. Chaque fois, les douleurs ont débuté par la plante des pieds.

Etat actuel. — C'est un homme amaigri, profondément anémique. Il souffre du ventre. Les muscles de l'abdomen sont rétractés, très-durs. — Une pression un peu large et forte diminue les douleurs, tandis qu'une pression, exercée avec le doigt, les augmente.

Langue blanche, saburrale ; perte de l'appétit. — Constipation opiniâtre. Sous la plante des pieds, il éprouve une sensation de brûlure, aussi bien au repos que pendant la marche. Ces douleurs sont surtout accusées pendant la nuit. Il n'existe aucun gonflement apparent de la plante du pied et des articulations tibio-tarsiennes. La pression de ces parties n'est pas douloureuse. Les douleurs apparaissent par élancements. Elles semblent naître sur place. En outre, dans chaque genou, le malade éprouve des douleurs semblables. Pas de tuméfaction de l'articulation.

Le malade ne peut étendre les mains ; il lui est impossible de relever les poignets. Paralysie des extenseurs de la main. Le long supinateur a conservé sa puissance. Pas d'anesthésie cutanée ni d'atrophie musculaire. Perte de la contractilité électrique et de la sensibilité électro-musculaire.

Les muscles extenseurs du pouce, à chaque main, sont également paralysés. Pas de troubles du côté des organes des sens.

Le malade présente une teinte subictérique générale ; les conjonctives, les sclérotiques sont jaunâtres.

Les urines, un peu rougeâtres, contiennent une notable quantité d'albumine. Pas de matières colorantes de l'urine.

8 *juillet*. — Le malade a toujours une teinte subicté-

rique assez prononcée. Il n'existe pas de matière colorante de la bile dans les urines. Celles-ci teignent le linge en rouge saumon. Huile de ricin 15 grammes avec deux gouttes d'huile de croton.

9 *juillet.* — Le malade a eu deux garde-robes; il souffre un peu moins du ventre. L'ictère s'accentue. — Pas de matière colorante de la bile dans les urines.

10 *juillet.* — Même état. On donne 30 grammes de sulfate de soude.

11 *juillet.* — Les coliques saturnines sont très-amendées, ainsi que les douleurs plantaires et celles du genou. T. A., 37°,8.

18 *juillet.* — L'ictère est presque disparu. On a encore purgé une fois le malade. A partir de ce jour, on donne un gramme d'iodure de potassium et du vin de quinquina. On soumet les muscles paralysés à une courte faradisation quotidienne.

Le 20 juillet, il n'y avait plus d'albumine dans l'urine. A la fin du mois, le malade quitte l'hôpital très-amélioré, comme état général. La paralysie des extenseurs des mains n'est pas modifiée.

Obs. CXX. — *Intoxication saturnine chronique. — Tremblement saturnin. — Paralysie des extenseurs des mains.*

Le nommé D..., Eugène, âgé de 45 ans, fondeur en caractères depuis dix-huit ans.

Entré le 31 juillet 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 7.

Renseignements. — Le malade est à sa onzième attaque de coliques saturnines. Toutes ont été violentes; elles étaient accompagnées de céphalalgie et quelquefois de délire. Jusqu'à la dixième, il n'a pas éprouvé de phénomène paralytique. Souvent, dans l'intervalle des attaques, il a des crampes très-intenses dans les muscles des quatre membres.

Pendant ces crampes, les orteils sont fortement recourbés en bas, et les mollets présentent des renflements très-durs : les doigts, au contraire, se mettent dans une abduction forcée. Les crampes, qui sont très-fréquentes, se montrent depuis longtemps.

Etat actuel. — Le malade souffre depuis douze jours environ. Il éprouve de violentes douleurs au niveau de la région épigastrique. Constipation opiniâtre. Nausées. Vomissements. Au début, il paraît y avoir eu un peu de délire.

Le médius et l'annulaire des deux mains sont paralysés ; ils tombent lorsqu'on fait tenir au malade son poignet horizontalement. Cette paralysie s'est montrée pour la première fois en même temps que la dixième colique. En outre, les muscles de la région postérieure des deux avant-bras semblent atrophiés.

L'extension de la main se fait difficilement.

Perte de la contractilité électrique. — Les extenseurs des avant-bras se contractent à peine. Les doigts, à chaque main, sont sans cesse agités par de petites secousses brèves, rapides. Quelquefois, les mains tout entières tremblent. Par instants, le tremblement, qui est continuel, s'accentue beaucoup (le malade n'est pas alcoolique). La sensibilité est intacte partout et sous tous ses modes.

Le malade accuse une douleur lombaire assez considérable.

La peau présente une teinte pâle très-accusée. On entend dans les vaisseaux du cou un bruit de souffle intense avec renforcement.

Les dents sont noirâtres ; les gencives ont le liseré caractéristique. Les autres organes n'offrent rien de particulier à noter. Urines normales.

Traitement. — On donne 40 grammes de sulfate de magnésie.

2 *août.* — Les garde-robes ont été assez abondantes ; les douleurs abdominales paraissent avoir cédé complétement.

3 *août.* — Iodure de potassium, un gramme. Bains sulfureux ; faradisation.

Le malade quitte l'hôpital le 5 août. Il doit venir chaque jour se faire électriser.

Obs. CXXI. — *Intoxication saturnine chronique. — Paralysie saturnine avec atrophie musculaire. — Perte de la contractilité électrique.*

Le nommé B..., âgé de 29 ans, peintre en bâtiments.

Entré le 22 février 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 16 bis.

Renseignements. — Cet homme est peintre en bâtiments. Depuis l'âge de 13 ans, il dit s'être toujours assez bien porté. Vers l'âge de 12 ans, il a eu une fièvre typhoïde ; à 13 ans, une fluxion de poitrine : ces deux maladies guérirent parfaitement en quelques semaines.

A 18 ans, il contracta un chancre, suivi, quelques semaines après, de maux de gorge et plus tard de chute de cheveux, de taches sur la peau et de violentes céphalalgies. De plus, ce malade a des antécédents alcooliques très-nets. Peintre en bâtiments depuis l'âge de 13 ans, il fut pris pour la première fois de coliques saturnines à 16 ans ; cette attaque dura environ un mois. L'année suivante, il eut de nouveau des coliques saturnines ; il en fut ainsi tous les ans, jusqu'à l'âge de 27 ans. Il y a 18 mois, il était en train de peindre un escalier, quand tout à coup il sentit ses deux mains tomber sans qu'il pût les redresser. Il fut pris de coliques saturnines quelque temps après. Il guérit en deux mois.

Il y a 3 mois, il a été de nouveau atteint de paralysie des extenseurs des mains ; il lui était absolument impossible de les relever. Cette nouvelle attaque est survenue

en même temps qu'une violente colique de plomb. Ce n'est pas tout; après quelques jours de maladie, il aurait perdu complétement la raison pendant près d'une semaine. Il ressentait, dit-il, depuis quelque temps, des douleurs de tête épouvantables. Les accidents cérébraux se sont dissipés sans qu'il soit possible de savoir si c'est spontanément ou sous l'influence d'un traitement. La paralysie des extenseurs a persisté.

Etat actuel. — C'est un homme amaigri, pâle, jaunâtre, anémié; ses cheveux sont complétement tombés.

Il porte au-dessus du sourcil droit une cicatrice paraissant se rattacher à sa vérole antérieure.

On constate le liseré saturnin au niveau du collet des dents. D'une manière générale, ses membres supérieurs sont amaigris; ses membres inférieurs paraissent au contraire intacts.

Le membre supérieur droit, depuis l'épaule, est décharné. Au niveau de la face dorsale de l'avant-bras, les muscles sont atrophiés; aussi, quand l'avant-bras est tenu horizontalement, la main pend; elle reste ainsi, et les doigts ne peuvent plus être étendus.

Cette paralysie des extenseurs a débuté, dit-il, à chaque bras, par l'extenseur du petit doigt. L'extenseur du pouce n'est pas complétement paralysé. Les fléchisseurs, le long supinateur, sont intacts, et le malade peut serrer la main avec vigueur.

Les éminences thénar et hypothénar paraissent normales.

Pas de déformation de la main, si ce n'est une tumeur dorsale très-nette, mais non douloureuse, au niveau de la tête des 2e, 3e et 4e métacarpiens.

En faisant fléchir et étendre l'avant-bras du malade sur le bras, on constate que le biceps et le triceps, d'ailleurs amaigris, sont peu vigoureux.

Les muscles *interosseux* se contractent bien; de même, ceux de l'éminence thénar. La contractilité est également intacte dans les muscles de l'éminence hypothénar.

Avant-bras. — Les extenseurs, complétement paralysés, ne répondent nullement à l'électrisation. La paralysie a commencé par l'extenseur du petit doigt.

Les extenseurs du pouce répondent encore un peu.

Les fléchisseurs se contractent bien, sauf le fléchisseur de l'index, qui paraît altéré. Il en est de même du long supinateur.

Bras. — Le biceps, le triceps répondent bien.

Le deltoïde, un peu atrophié, se contracte un peu moins bien que dans l'état normal, surtout dans son faisceau antérieur.

Le grand pectoral, les muscles du dos, de la nuque se contractent bien.

La sensibilité, à la pression, au frottement, à la chaleur, est absolument intacte dans toute l'étendue du membre supérieur droit.

Le membre supérieur gauche présente identiquement les mêmes altérations que le droit; mais l'amaigrissement et l'atrophie y sont, d'une manière générale, un peu moins accusés; la sensibilité y est aussi absolument normale.

Membres inférieurs. — Les muscles y paraissent complétement intacts; le malade ressent parfois de violentes crampes dans les membres inférieurs et en particulier dans les mollets.

La sensibilité, de même que celle de toute la surface du corps, est conservée. Tous les autres organes sont sains. Souffle doux à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou. Urine normale.

Le malade mange bien. Le sommeil est bon.

Traitement. — Un gramme d'iodure de potassium. —

Bains sulfureux. — Vin de quinquina. — Faradisation des muscles des avant-bras, chaque jour.

Le malade continue ce traitement jusqu'au 26 mars. A cette époque, il part à Vincennes. Son état général est considérablement amendé. Les accidents paralytiques ont un peu rétrocédé.

SECTION III

SYPHILIS.

Les accidents multiples, variés, de l'infection syphilitique sont, aujourd'hui, pour la plupart, parfaitement connus. Les syphiliographes français nous ont appris jusqu'aux moindres détails cliniques relatifs à la maladie. Quelques points sont encore en discussion ; certains faits, peu nombreux, demandent des observations nouvelles.

Parmi les cas de syphilis observés cette année à l'hôpital La Charité, j'ai choisi les trois suivants, précisément parce qu'ils présentent des phénomènes symptomatiques, ou rares, ou non encore discutés.

— L'observation CXXII est l'histoire d'un jeune malade chez lequel l'accident primitif est passé inaperçu, pour ainsi dire. L'évolution des accidents spécifiques a été accompagnée de symptômes bizarres, singuliers, bien faits pour dérouter le médecin.

Le malade, depuis quatre mois environ, ressentait, dans le côté gauche du thorax, des douleurs plus ou moins vives. En même temps, il était pris, par moments, d'accès d'étouffements qui venaient surtout la nuit ; il lui semblait alors qu'une boule remontait vers la partie moyenne du sternum, et bientôt les étouffements douloureux augmentaient. Il eut ensuite mal à la gorge ; il souffrait beaucoup

de cette angine. En outre, il survint une fièvre vive, des palpitations violentes, de la céphalalgie frontale qui apparaissait surtout dans la soirée. Ces phénomènes duraient depuis quelques semaines, quand apparurent une éruption généralisée et des croûtes dans les cheveux, etc. Il n'est pas absolument rare, au moment où les accidents secondaires de la syphilis éclatent, de constater ces désordres nerveux. L'état aigu peut en imposer et faire songer à une toute autre affection que celle qui existe en réalité. On néglige ainsi le traitement, au grand préjudice des malades. La *fièvre syphilitique* a été la cause de bien des erreurs de diagnostic, surtout lorsque les accidents secondaires se présentent sous l'aspect d'acnés *varioliformes*, en simulant ainsi, de par l'état général et de par l'état local, la variole.

La marche ultérieure des accidents, chez notre malade, a bien montré qu'il s'agissait de la syphilis.

— L'observation CXXIII est un cas des plus rares. Je n'ai trouvé, à en rapprocher, que le fait communiqué par M. Lailler à la Société des hôpitaux et les deux observations, à peu près analogues, qu'il a citées.

Le malade, âgé de 38 ans, contracta la syphilis à 32 ans. Il eut, à cette époque, un chancre à la lèvre supérieure. La syphilis, soumise à un traitement énergique et parfaitement institué, guérit bientôt, au moins en apparence; le malade sortit de l'hôpital au bout de 4 mois.

Il se portait à peu près bien, quand, il y a trois semaines (juin), il fut pris de douleurs dans les reins; puis il ressentit aussi des douleurs vives dans le genou droit, qui ne tarda pas à se gonfler énormément. Le genou gauche se prit à son tour, quoiqu'un peu moins que le droit; en même temps, toutes les articulations phalangiennes furent le siége de douleurs vives et de gonflements; ensuite ce fut le tour des cous-de-pied. Quoiqu'aujourd'hui le genou droit soit le siége d'une tuméfaction notable qui a fait

disparaître les dépressions de la face externe et de la face interne, je ne crois pas qu'il faille voir dans tous ces accidents autre chose que des altérations du rhumatisme. Telle a été l'opinion de M. Vulpian. Très-vraisemblablement, la syphilis n'a joué aucun rôle dans la production des phénomènes articulaires observés chez notre malade. Les arthrites syphilitiques, décrites par MM. Richet et Verneuil en France, n'ont, en effet, ni la marche ni les caractères de l'affection articulaire du cas actuel.

Quinze jours après l'apparition des douleurs rhumatismales, il survint sur les cuisses, les bras, les avant-bras, des taches brunâtres, non accompagnées de démangeaisons. Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, on constata tous les symptômes que je viens d'esquisser. En outre, on nota sur les avant-bras la présence de nombreuses petites tumeurs arrondies, un peu saillantes, dessinant des reliefs parfaitement accusés, faciles à percevoir au côté interne et sur la face antérieure des avant-bras. Ces tumeurs sont grosses comme de petits pois ou de petites noisettes et non douloureuses. *Elles suivent manifestement*, *dans leur distribution*, *le trajet des lymphatiques ;* on sent sous la peau des cordons épaissis, un peu noueux, reliant entre elles ces tumeurs qui paraissent légèrement aplaties, comme des lentilles, et qui roulent plus ou moins nettement sous la peau. Celle-ci, à leur niveau, présente une légère teinte brunâtre.

Tel est le fait clinique. Les gommes de l'appareil lymphatique sont des plus rares, et, dans l'espèce, c'est bien à des gommes que nous avons eu affaire, et à des gommes de cet appareil.

Ces *syphilides gommeuses sèches* se produisent à une période peu avancée de la diathèse ; elles constituent un accident de transition plutôt qu'un accident tertiaire (Fournier).

— L'observation CXXIV mérite d'être rapportée, à cause des difficultés de l'interprétation étiologique de l'affection médullaire dont il s'agit.

Le malade était âgé de 27 ans. A son entrée à l'hôpital, on constate un affaiblissement général du système musculaire, portant plus spécialement sur le membre supérieur droit et le membre inférieur gauche. Ces deux membres, surtout la jambe, sont le siége de contractions fibrillaires très-marquées. La sensibilité, sous tous ses modes, est intacte. Jamais il n'y aurait eu de douleurs ni de contractures dans les membres. Constipation opiniâtre; incontinence d'urine. Le malade se fatigue très-vite; il ne peut pas marcher plus de cinq à dix minutes, et encore pas tous les jours.

Sans doute, nous avons eu affaire à une affection médullaire chronique; mais elle était difficile, sinon impossible, avec les phénomènes constatés, à localiser. En outre, la cause provocatrice de cette affection n'était pas facile à déterminer. Le malade a eu, il est vrai, un chancre en 1870. En 1873, il est entré à l'hopital Saint-Louis, où on l'a, dit-il, soigné pour une paralysie syphilitique. Il est sorti, au bout de 3 mois, non amélioré. Dans le service, il a été de nouveau, par mesure de précaution, soumis au traitement syphilitique mixte, mais sans aucun résultat.

La paraplégie, chez ce malade, était-elle bien de nature syphilitique? Devions-nous éliminer cette hypothèse, en nous fondant sur l'insuccès du traitement antisyphilitique?

On sait combien il est fréquent de rencontrer chez les malades atteints de myélite chronique, et en particulier d'ataxie locomotrice, la syphilis parmi les antécédents. M. Vulpian professe depuis quinze ans qu'il en est ainsi et M. Charcot, à la Salpétrière, me l'a bien des fois montré. Ces deux médecins enseignent d'ailleurs que la pierre de touche des accidents syphilitiques anciens, le traitement

mixte, perd le plus souvent toute valeur, lorsqu'il s'agit de lésions médullaires qui, bien que provoquées par la syphilis, n'offrent aucun caractère histologique spécial. Aussi, dans le cas en question, où il s'agissait évidemment d'une myélite chronique diffuse, la relation étiologique entre l'affection médullaire observée et la syphilis antérieure est-elle restée douteuse.

OBSERVATIONS.

Obs. CXXII. — *Syphilis. — Début de la période secondaire, caractérisé par des phénomènes nerveux hystériformes et une fièvre vive. — Disparition rapide des accidents sous l'influence du traitement mercuriel.*

Le nommé C..., Henri, âgé de 18 ans, cloutier.

Entré le 24 mai 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 23.

Renseignements. — Ce jeune homme, âgé de 18 ans, est cloutier. Il habite Paris depuis sa naissance. — Il n'a jamais été malade jusqu'à ces derniers temps.

Il nie tout antécédent alcoolique. Il entre à l'hôpital parce que, depuis quatre mois environ, il ressent dans le côté gauche du thorax des douleurs vagues. Très-souvent, il est pris d'accès d'étouffements, qui viennent surtout la nuit.

Il lui semble qu'une boule remonte de l'épigastre vers la partie moyenne du sternum, et alors les étouffements douloureux augmentent.

Il eut, en même temps, des maux de gorge qui le faisaient souffrir péniblement quand il mangeait. Bientôt il éprouva des palpitations fréquentes et, pendant une dizaine de jours, une fièvre violente. Le médecin, consulté, crut à un embarras gastrique.

Depuis 3 semaines, il est pris, tous les jours, vers 2 heures

de l'après-midi, d'une céphalalgie frontale assez vive, qui persiste toute la soirée et augmente vers le soir. En outre, il ressent de vagues douleurs dans les genoux, les tibias, surtout à gauche.

Il a eu, également, il y a 3 mois, à peu près en même temps que son angine, une éruption assez confluente de taches rouges sur la poitrine et toute la figure. Cette éruption disparut par endroits, pour reparaître ensuite en d'autres points de la poitrine et de la face et persister jusqu'à son entrée à l'hopital.

Cette éruption ne lui occasionnait aucune démangeaison.

Il eut aussi des croûtes dans les cheveux.

Ses étouffements et palpitations augmentent; il entre à l'hopital le 24 mai 1877.

Etat actuel. — C'est un garçon assez fort, bien musclé; son visage est un peu amaigri, et on est frappé, au premier abord, de la grandeur démesurée de ses yeux. Mais cet état est, dit-il, congénital.

Sur la poitrine, surtout du côté gauche, on remarque, par places, de petites taches roses-grises, un peu saillantes, traces, dit-il, de l'éruption qu'il eut il y a 3 mois. On en trouve aussi de nombreuses sur l'abdomen qui paraît comme truité, et sur la face interne des cuisses, mais là elles sont peu marquées.

Pas de trace de desquamation; pas de démangeaisons.

On trouve, dans les plis de l'aine, des ganglions engorgés, durs, indolents, roulant sous les doigts. Le grand axe de cette agglomération de ganglions est dirigé dans le sens de l'arcade fémorale. Ils sont plus nombreux et plus volumineux à gauche, où 5 à 6 atteignent le volume de petites noisettes.

Au-dessus de chaque épitrochlée, existe un petit ganglion gros comme une lentille, dur, indolent, mobile; 2 ou 3 ganglions gonflés dans chaque aisselle. Dans chaque

triangle sus-claviculaire, 5 ou 6 ganglions engorgés, durs, indolents et mobiles.

Plus nombreux et plus volumineux à droite, quelques-uns d'entre eux ont le volume de grosses noisettes.

Depuis 1 mois et demi, le malade est atteint d'un coryza persistant. Pas de traces d'ulcérations dans le nez.

Il a un peu de mal de gorge au niveau des amygdales.

A la face interne de la lèvre inférieure, on voit deux petites ulcérations rondes, rouges, semblables à des aphthes ulcérés. Sur la muqueuse palatine, dans sa portion gingivale, on trouve un grand nombre de petites élevures blanchâtres, ulcérées par place et reposant sur un fond rouge. — Il existe deux plaques rouges sur la partie moyenne de la muqueuse palatine, de chaque côté du raphé médian. Toutes ces lésions sont des plaques muqueuses à diverses périodes d'évolution.

Les piliers du voile du palais sont un peu rougeâtres, et l'amygdale gauche est gonflée, un peu rouge et douloureuse.

Pas de traces d'ulcérations anciennes ou récentes sur les parties génitales. — L'anus, de conformation normale, un peu rouge par place, est le siége de picotements qui deviennent très-douloureux quand le malade va à la selle.

Poumons. — Sains.

Cœur. — Impulsion un peu forte. — Pointe légèrement abaissée; timbre un peu métallique du premier temps à la pointe.

Foie. — *Rate*. — Sains.

L'appétit est excellent. Le malade n'a plus de fièvre depuis trois ou quatre semaines, il dit qu'il éprouve encore, de temps à autre, ces phénomènes de boule montant de la région inférieure du sternum vers le larynx et de compression de l'épigastre. Il pleure facilement. — Céphalalgie nocturne. — Insomnie.

L'*urine*, claire, ne contient ni albumine ni sucre.

Traitement. — Chaque jour, une pilule contenant cinq centigrammes de proto-iodure de mercure; vin de quinquina. Un bain sulfureux par semaine.

Le malade quitte l'hôpital le 15 juin. L'éruption et les plaques muqueuses ont disparu. L'état général est bon. Les phénomènes nerveux (hystéricisme) n'ont plus lieu.

Obs. CXXIII. — *Syphilis. — Gommes cutanées placées sur le trajet des vaisseaux lymphatiques des avant-bras. — Lymphangite chronique reliant entre elles les tumeurs. — Amélioration par l'iodure de potassium.*

Le nommé C..., Alphonse, âgé de 38 ans, mécanicien.

Entré le 26 juillet 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 3.

Renseignements. — Cet homme, âgé de 38 ans, est mécanicien.

Dans son jeune âge, il était, dit-il, d'une faible constitution; il aurait eu des engorgements ganglionnaires : à 12 ans, il eut, dans la région sous-maxillaire droite, un abcès froid qui fut ouvert à l'Hôtel-Dieu; il en porte encore la cicatrice.

De 24 ans jusqu'à 33 ans environ, il contracta 4 à 5 blennorrhagies très-douloureuses, qui durèrent, chacune, environ 3 semaines. Il n'a pas souffert, alors, de douleurs articulaires.

A 32 ans, il prit à la lèvre supérieure droite, près de la narine, un chancre induré. Environ cinq semaines après, il fut couvert, sur la poitrine et sur le dos, de roséole papuleuse, pour laquelle il fut traité à Saint-Louis, dans le service de M. Lailler. Il eut, à cette même époque, des croûtes dans les cheveux.

En même temps, il éprouvait de vives douleurs de tête à la partie antérieure du front, surtout pendant la nuit. Il lui vint des plaques muqueuses dans la bouche et dans la

gorge; ces plaques persistèrent pendant son séjour à l'hôpital. — Psoriasis palmaire.

Ces divers accidents durèrent environ 16 semaines, pendant lesquelles il séjourna à l'hôpital. Il suivit durant tout ce temps un traitement mercuriel pur et il sortit guéri en apparence.

Depuis cette époque, il se portait à peu près bien, quand, il y a 3 semaines, il fut pris de lumbago; puis il ressentit des douleurs vives dans le genou droit, qui ne tarda pas à se gonfler énormément, mais sans présenter la moindre trace de rougeur. Bientôt le genou gauche se prit à son tour, devint douloureux, se gonfla, toutefois moins que le droit.

Il eut ensuite des douleurs assez vives dans toutes les articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes des deux mains, surtout à droite. Les parties douloureuses furent le siége d'un léger gonflement. Il ressentit, de plus, quelques douleurs au niveau des malléoles. Il apparut un peu de gonflement au niveau de la malléole externe droite.

Il y a une huitaine de jours, il vit apparaître sur les cuisses, les bras, les avant-bras, des *taches brunâtres* non saillantes qui ne le démangeaient nullement. Bientôt son appétit se perdit.

Etat actuel. — C'est un homme amaigri, fatigué; facies cachectique.

La surface cutanée et les muqueuses sont décolorées. A la nuque, à la région lombaire droite, à la face externe de la cuisse droite, on trouve des cicatrices blanches, lisses, un peu déprimées, trace d'un ancien ecthyma.

Les articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes sont un peu douloureuses. Pas de traces de gonflement ni de rougeur.

Le *genou droit* est le siége d'un gonflement notable qui a fait disparaître les dépressions normales de la face externe

et interne. Le gonflement s'étend à la face antérieure, le long du prolongement sous-tricipital de la synoviale.

A la palpation, on constate la présence d'une notable quantité de liquide dans l'articulation : on perçoit le choc de la rotule. Ce genou est assez douloureux, mais il n'est le siége d'aucune rougeur.

Le *genou gauche*, un peu douloureux, contient aussi du liquide, mais en faible quantité. Quelques craquements.

Légère douleur et léger gonflement au niveau des malléoles, surtout de la malléole externe du pied droit.

Éruption de taches brunâtres sur les avant-bras, les cuisses. Il en existe aussi sur la poitrine et le ventre. Aux avant-bras, on constate nettement que ces taches sont saillantes. On les aperçoit distinctement à la face antérieure et à la face externe du bras. On les sent parfaitement. Elles sont reliées entre elles par des cordons durs, résistants, arrondis, qui paraissent bien être des vaisseaux lymphatiques engorgés. A la palpation, ces tumeurs donnent la sensation de lentilles aplaties, roulant sous la peau.

Quelques ganglions gros comme de petites lentilles, dans les triangles sus-claviculaires; ganglions petits, nombreux, d'un volume assez variable, dans les deux aines.

Le cœur est gros; la pointe bat dans le 5e espace intercostal. Souffle assez intense à la base, dans le 2e espace intercostal gauche. A la pointe, dédoublement peu accusé du second bruit; souffle doux dans les vaisseaux du cou. Pouls petit, régulier; pas de trace d'athérome.

Le foie est assez gros; il est douloureux à la percussion. On ne sent pas de bosselures sur la partie explorable. Rien de particulier dans les autres organes.

Urine normale; elle ne contient ni albumine ni sucre.

Traitement. — On donne au malade un gramme d'iodure de potassium. — Vin de quinquina. Deux bains sulfureux par semaine.

1er *août.* — On porte la dose d'iodure de potassium à 1 gramme 50 centigrammes.

10 *août.* — L'état général du malade est amendé. Les articulations sont beaucoup moins douloureuses. L'hydarthrose a diminué semblablement.

Les gommes des avant-bras sont peut-être un peu moins saillantes. Elles se voient très-nettement, et on les sent parfaitement à la palpation. On perçoit également très-facilement les cordons lymphatiques qui relient entre elles ces productions néoplasiques. L'évacuation générale des salles contraint le malade à quitter l'hôpital.

Obs. CXXIV. — *Myélite chronique chez un syphilitique. — Difficulté du diagnostic étiologique.*

Le nommé M..., Pierre, âgé de 27 ans, brossier.

Entré le 1er mars 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 4.

Renseignements. — Ce malade a tous ses parents bien portants, à l'exception de son père, qui tousse habituellement et a la respiration courte. Lui-même, il tousse depuis son enfance, et cette toux est toujours restée la même, sans augmenter ni diminuer.

En 1869, il a eu une légère hémoptysie, qui ne s'est plus reproduite depuis. La même année, il contracta, dit-il, un chancre.

Le malade fait remonter le début de sa maladie actuelle à l'année 1873, époque à laquelle il remarqua une faiblesse de ses membres inférieurs. Il entra à l'hôpital Saint-Louis, où il fut traité pour une paraplégie syphilitique; il en sortit au bout de trois mois, sans être amélioré.

Depuis, l'affaiblissement des membres fait des progrès, et, à certains moments, le malade se trouve comme anéanti et incapable de marcher. Il dit avoir fait des excès alcooliques.

Etat actuel. — Ce malade emploie dans son travail des

soies de porc qui, dit-il, ont une influence sur la santé de tous ceux qui les manient. Beaucoup des ouvriers qui se livrent à ce genre d'occupations éprouvent des phénomènes pulmonaires analogues à ceux qu'il présente en ce moment.

Le malade offre une faiblesse générale telle qu'il ne peut marcher. Toutefois cet affaiblissement est surtout marqué dans les membres supérieur droit et inférieur gauche.

Au dynamomètre, la main droite atteint le chiffre 50, et la gauche 60. Cette différence ne saurait être attribuée à un état normal, car le malade n'est pas gaucher.

La jambe gauche résiste moins que la droite à la flexion qu'on lui imprime.

De plus, on constate que le membre inférieur gauche est le siége de contractions irrégulières, spontanées et très-marquées, lesquelles font dessiner sous la peau les saillies musculaires. Ce phénomène n'est pas continuel; il paraît se produire ou du moins s'accuser davantage lorsque le membre, mis à découvert, est soumis, depuis quelques minutes, à l'action du froid. Pas d'atrophie de ce membre ni du membre inférieur droit.

Les mouvements ne sont pas modifiés dans leur direction : le malade porte facilement le doigt sur le nez, tout en ayant les yeux fermés.

La sensibilité est intacte dans tous ses modes (froid, tact simple, etc.). Pas d'hypéresthésie sur les membres. Pas de douleurs soit dans le rachis, soit dans les parois du thorax et de l'abdomen, soit dans les membres.

La vue et l'ouïe sont bonnes. Pas de vertiges; pas de contractures. Les facultés intellectuelles n'ont subi aucune modification.

En repoussant brusquement, avec la main, la pointe du pied gauche, de façon à fléchir le pied sur la jambe, on ne détermine point de trépidation du membre.

Le malade se plaint d'une constipation très-marquée. Il

ne va à la selle que tous les 5 jours, quelquefois même tous les 8 jours.

A un certain moment, il a été atteint d'une incontinence d'urine qui a duré environ un an; depuis 18 mois, cette incontinence a disparu.

Il a remarqué aussi qu'il devenait impuissant.

L'examen de la poitrine donne les signes suivants : sonorité exagérée dans toute l'étendue de la poitrine; râles sibilants et soufflants disséminés dans les deux poumons. Expectoration assez abondante; elle est encore purulente.

Traitement. — M. Vulpian ordonne une cuillerée à soupe de sirop de Gibert et un gramme d'iodure de potassium. Vin de quinquina. Julep diacode.

5 *mars.* — Il n'y a aucune modification. — Bains sulfureux.

6 *mars.* — On applique, avec le thermo-cautère Paquelin, des pointes de feu à la nuque.

— Dans le courant du mois de mars, on fit le long du dos plusieurs cautérisations, tout en continuant le traitement syphilitique. — Il ne se produisit aucun changement dans l'état du malade.

Le 28 mars, il est pris de variole; le 1er avril, on le transporte à l'hôpital temporaire.

CHAPITRE XI

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

S'il est un chapitre de la pathologie qui ait été modifié et considérablement accru, c'est bien celui qui concerne les maladies du système nerveux. Lorsque, dans l'avenir, on fera l'histoire du mouvement scientifique médical de ces vingt dernières années, on notera à coup sûr le progrès immense accompli dans le domaine des affections nerveuses. Quel changement dans les descriptions depuis le moment où Ollivier d'Angers publiait son *Traité des maladies de la moelle!* Que de chemin parcouru, à partir de cette époque déjà éloignée, où Cruveilhier, dans son immortel ouvrage, consignait les premiers faits bien observés d'atrophie des faisceaux postérieurs médullaires, d'atrophie disséminée de la moelle épinière, etc. ! Les plus grands médecins, dans tous les pays, se sont mis à l'œuvre et ont apporté leur pierre à l'édifice commun. Physiologistes et cliniciens ont rivalisé d'ardeur, et l'étude des maladies du système nerveux a été refaite, pour ainsi dire, de fond en comble, sur des bases nouvelles, bases solides, qui ont pour appui la clinique, l'histologie et la physiologie.

Je donne dans ce chapitre un grand nombre d'obser-

vations de maladies du système nerveux. Toutes, à certains points de vue, présentent de l'intérêt. Ce qui surtout en fait la valeur, c'est qu'elles ont été minutieusement établies, pour ainsi dire jour par jour, et que quelques-unes d'entre elles embrassent des périodes de plusieurs années.

SECTION I

MALADIES DU CERVEAU

Tous les problèmes cliniques se rattachant à la pathologie de l'encéphale ont acquis, aujourd'hui, une importance exceptionnelle. L'expérimentation, faite par la nature elle-même, dans les cas de lésions du cerveau, en foyers circonscrits (hémorrhagies, ramollissements, tumeurs, etc.), a déjà fourni un certain nombre de faits ; et, il faut bien le dire, si jamais le fonctionnement du cerveau nous est connu dans ses moindres détails, la physiologie pathologique et l'anatomie pathologique auront été d'un grand secours, en montrant la voie à suivre aux expérimentateurs.

Une grande question, déjà maintes fois posée, est de nouveau en discussion, *celle des localisations cérébrales*. Il importe de recueillir des observations exactes, détaillées, qui puissent servir pour ou contre la théorie, car, en pareille matière, la clinique est certainement supérieure à l'expérimentation.

On sait que l'hémiplégie de cause cérébrale, dans la très-grande majorité des cas, porte beaucoup plus sur le bras que sur la jambe ; il peut même arriver que le bras seul soit paralysé (observation de M. Maurice Raynaud). Il en a été ainsi chez le malade de l'observation CXXV. Cet homme, âgé de 50 ans, ressentit à la fin du mois de

novembre quelques fourmillements, quelques élancements douloureux dans la main gauche; en même temps, il éprouva une douleur vive à la partie postérieure gauche de la tête. A partir de ce moment, il sentit s'engourdir son bras gauche; bientôt, celui-ci s'affaiblit. Trois ou quatre jours après, il eut quelques éblouissements passagers; puis, le membre thoracique gauche devint tout à fait impuissant.

Le jour de son entrée à l'hôpital, 9 décembre, on constate que l'extension de la main gauche est impossible; la flexion est très-limitée; la flexion de l'avant-bras est incomplète et occasionne une vive douleur au niveau du pli du coude; l'extension de ce même avant-bras se fait par le poids même du membre. La sensibilité à la douleur, à la chaleur est conservée; il semble même qu'elle soit exagérée. Pas de déviation, ni de la langue, ni de la face. Les autres membres, y compris la jambe gauche, ont leur vigueur normale. L'exploration avec la machine à courants faradiques montre que la contractilité électrique est intacte partout : les courants provoquent une douleur très-vive dans le membre gauche.

Il n'y avait rien à noter du côté du cœur; seulement, les vaisseaux étaient athéromateux.

Sans doute, des faits de cet ordre sont très-probants pour la théorie des localisations cérébrales; mais il est des objections à faire, et, pour la solution d'un problème aussi important, il ne faut pas les négliger.

M. Vulpian, dans son cours de cette année, en parlant de l'hémiplégie spinale, par compression unilatérale de la région cervicale de la moelle épinière, disait : « Ce fait, à savoir que la motilité peut ne pas être entièrement paralysée dans le membre inférieur correspondant, tandis qu'elle est tout à fait abolie dans le membre supérieur du même côté, trouve son explication dans l'existence des fibres commissurales et entre-croisées (commissure anté-

rieure) qui font communiquer l'une des moitiés de la moelle avec l'autre. Les incitations motrices, destinées au membre supérieur, du côté comprimé, passent, presque toutes, soit par l'entre-croisement des pyramides, soit par les éléments nerveux qui s'entre-croisent au-dessus du bulbe rachidien ; celles qui se décussent au-dessous de la moelle allongée, et peuvent ainsi encore arriver aux nerfs de ce membre, sont trop peu nombreuses pour empêcher la paralysie d'être complète. Il n'en est pas de même pour le membre inférieur du même côté. Un certain nombre de fibres nerveuses venant de l'encéphale, et destinées à porter aux nerfs moteurs de ce membre les incitations motrices volontaires, échappent aux entre-croisements qui ont lieu soit dans le bulbe rachidien, soit dans l'isthme de l'encéphale, et ne subissent de décussation que dans la commissure antérieure, dans presque toute la longueur de la moelle. Ces fibres, au niveau du point comprimé, sont donc contenues dans l'autre moitié de la moelle; elles peuvent transmettre encore dans une certaine mesure, aux nerfs du membre inférieur, du côté où siége la compression, les incitations volontaires.

Cette particularité qui s'observe déjà, comme on vient de le dire, lorsqu'il s'agit d'altérations de la portion cervicale de la moelle épinière, s'accentue de plus en plus à mesure que les lésions sont situées plus haut dans les centres nerveux. Elle devient très-manifeste dans les cas de lésions cérébrales ; l'hémiplégie de cause cérébrale porte beaucoup plus, d'une façon à peu près constante, sur le bras que sur la jambe. Aussi, lorsqu'il s'agit de discuter la théorie des localisations cérébrales, faut-il refuser presque toute valeur aux cas d'hémiplégie dans lesquels on constate une paralysie plus marquée du bras que de la jambe. Certains cas même, dans lesquels il semble n'y avoir qu'une monoplégie brachiale, ne doivent être tenus

pour valables que sous toutes réserves. L'action paralytique sur le membre inférieur peut être de courte durée, et, si l'attaque survient pendant la nuit, il peut en rester à peine des traces le lendemain.

Comme le faisait remarquer M. Vulpian aux élèves, ces objections ont une très-grande valeur; mais, elles n'atteignent pas les cas dans lesquels le membre supérieur se trouve seul paralysé à la suite d'une attaque d'apoplexie plus ou moins nette et reste paralysé seul pendant plusieurs jours, ou même plusieurs semaines. Or, il existe dans la science des faits positifs de monoplégie brachiale.

A propos de l'aphasie, et au point de vue de la théorie générale des localisations, je rapprocherai du cas précédent, l'observation CXXIX.

Il s'agit, dans cet exemple, du fait vulgaire de l'hémiplégie droite, avec contractures secondaires et aphasie. La malade ne répondait que : *Ma tante*, à toutes les questions qu'on lui adressait; l'hémiplégie était causée par un ramollissement cérébral occupant le noyau extra-ventriculaire du corps strié. Ce foyer avait détruit une partie de la capsule externe et de la capsule interne, mais seulement dans sa région antérieure. Il avait deux centimètres de longueur et à peine quatre à cinq millimètres d'épaisseur ; or les circonvolutions frontales et les circonvolutions marginales antérieures étaient saines. Faut-il voir, dans ce fait, une exception à la théorie qui veut que la troisième circonvolution frontale soit lésée quand il y a aphasie ? M. Charcot, à la Salpêtrière, m'a bien des fois fait remarquer que souvent il n'y avait rien d'apparent extérieurement, alors que la circonvolution frontale était détruite à sa partie profonde. Dans l'espèce, je me suis assuré qu'il n'y avait pas de lésions superficielles, ni profondes. Je dois rappeler le siége du ramollissement, noyau extra-ventriculaire du corps strié. On sait que ces lésions, en détruisant les con-

ducteurs qui relient la circonvolution frontale aux autres parties de l'encéphale, produisent quelquefois l'aphasie par ce mécanisme ; d'ailleurs, il y avait chez cette malade d'autres foyers de ramollissement : un, siégeant sur la circonvolution marginale postérieure au niveau des plis du passage ; un autre, sur le lobe pariétal inférieur, à son point de jonction avec le lobe sphénoïdal ; la substance grise des circonvolutions, dans toutes ces parties, était ramollie.

On voit combien l'interprétation de tous ces phénomènes est difficile, et quelles réserves il faut apporter dans les jugements à prononcer.

Le malade de l'observation CXXV présentait encore quelques particularités cliniques importantes.

Dès le premier jour de son entrée à l'hôpital, on constata que la peau du membre supérieur gauche avait une teinte rouge, un peu vineuse, surtout en la comparant soit avec la teinte de la jambe, soit avec celle du membre du côté opposé. Les jours suivants, le phénomène est des plus évidents. Le membre thoracique gauche offre une rougeur assez intense, qui contraste avec la couleur ordinaire de la peau. Or, à la palpation, on trouve une légère diminution de la température à gauche ; le thermomètre, maintenu dans les deux mains durant un quart d'heure environ, accuse, à gauche 35°,6, à droite 36° ; avant de placer le thermomètre, les mains étaient restées une demi-heure hors du lit. D'autres fois, la couleur devenait rouge violacé. L'expérience avec le thermomètre fut alors répétée ; avant de placer le thermomètre dans les mains du malade, on le fit monter à 35° ; après 10 minutes, dans la main gauche, il descend à 33°,5, tandis qu'il se maintient à la même température dans la main droite.

La paralysie motrice alla tous les jours en déclinant. Lorsque le malade sortit de l'hôpital, quelques mois après son entrée, il était en partie guéri ; les troubles vaso-

moteurs suivirent la même progression décroissante ; ils avaient disparu au moment de la sortie du malade.

Le malade de l'observation CXXVI a eu également des troubles vaso-moteurs dans le côté hémiplégié ; la main droite présentait une teinte un *peu cyanique ;* de plus, il y avait un œdème assez marqué du membre. L'examen du malade avait lieu un mois environ après son entrée à l'hôpital.

J'ai déjà eu occasion de signaler des faits analogues à ceux-ci dans le cours de l'alcoolisme chronique, et, chose curieuse, chez deux d'entre nos alcooliques les troubles vaso-moteurs avaient pour siége le membre supérieur gauche, comme chez le malade de l'observation CXXV. Peut-être n'y a-t-il là qu'une coïncidence, en rapport avec le siége de l'hémiplégie ; mais elle était digne d'être signalée.

Ces troubles vasculaires sont-ils dus à une paralysie vaso-motrice ? C'est là l'explication la plus simple ; mais est-elle la vraie ? Il ne faut pas oublier que la rougeur plus ou moins cyanique de la peau, dans certains cas, surtout si elle se produit dès les premiers jours et s'accompagne de refroidissement, peut avoir pour cause un resserrement des artérioles.

« A la période spasmodique, dit M. Vulpian, on trouve plutôt de la pâleur des tissus et parfois une lividité cyanique de la peau avec refroidissement. Ces modifications sont dues à une excitation directe des nerfs vaso-constricteurs, et, suivant que la constriction s'étend à tous les petits vaisseaux à parois musculaires, c'est-à-dire aux artérioles et aux veinules, ou bien qu'elle reste bornée à peu près exclusivement aux artérioles, il y a de la pâleur des tissus ou de la cyanose plus ou moins accentuée. Dans le premier cas, en effet, tous les petits vaisseaux se vident ; le sang est repoussé, par les capillaires et les veines, vers les parties centrales ; tandis que, dans le second cas, les artérioles, en se contractant seules, suppriment la vis *à tergo,* et les veinules, qui restent béantes, sont gorgées du sang qui

vient par la pression en retour et suremplit les capillaires.

« Pourtant ces phénomènes ne sont pas absolument constants. Ainsi, dans la période spasmodique, il peut se faire une dilatation des artérioles et veinules, et des capillaires, tenant à l'excitation des nerfs vaso-dilatateurs. Dans ce cas, il peut y avoir élévation temporaire des parties congestionnées. » (Cours de 1877.)

Ces phénomènes, si intéressants, sont, dans les cas dont nous parlons en ce moment, sous la dépendance de la lésion cérébrale, et il se peut qu'ils soient dus à des altérations occupant d'une façon plus ou moins exclusive certains points des parties de l'écorce cérébrale, dites *centres moteurs.* C'est là du moins ce que nous faisait remarquer M. Vulpian, à propos de l'observation CXXV et des autres cas auxquels je viens de faire allusion. La physiologie a montré, en effet, que les lésions et les irritations de ces parties d'un côté peuvent avoir de l'influence sur les vaisseaux de la moitié opposée du corps (Exp. de MM. Bochefontaine et Lépine, Eulenburg et Landois, de M. Vulpian, etc.)

On comprend aussi parfaitement pourquoi la température est modifiée parallèlement à la circulation.

L'œdème survenu chez la malade de l'observation CXXVI est un œdème tardif. Très-vraisemblablement, comme le pense M. Vulpian, « l'œdème a pour causes principales, dans ces conditions, l'affaiblissement de l'activité tonique des nerfs vaso-constricteurs, et l'inertie des muscles des membres paralysés. » L'altération des parois vasculaires est un facteur encore tout à fait hypothétique.

Ces troubles vaso-moteurs peuvent également se montrer dans les cas d'hémiplégie déterminée par des tumeurs cérébrales ; ainsi, la malade de l'observation CXXX avait toujours la main et le pied du côté paralysé froids.

— Le malade de l'observation CXXV, celui de l'obser-

vation CXXVI ont, l'un et l'autre, été traités par l'électrisation pratiquée à l'aide de la machine à courants faradiques. Toutes les séances d'électrisation ont été très-courtes ; à peine ont-elles eu quatre minutes de durée. M. Vulpian insistait toujours beaucoup, devant les élèves, sur la nécessité, quand on emploie l'électrisation comme moyen de traitement dans les hémiplégies de cause cérébrale, de faire des séances très-courtes et surtout de ne pas employer des courants trop forts; pour lui, des accidents graves peuvent être la conséquence des longues séances d'électrisation; et, à ce propos, il rappelait que l'on avait vu des accidents mortels survenir en pareil cas, les malades ayant été pris d'hémiplégie cérébrale pendant la faradisation. De même il croit qu'il faut, en général, s'abstenir des courants continus qui sont bien plus pénétrants et qui peuvent aller modifier, même lorsqu'ils ne sont pas très-intenses, la circulation des centres nerveux.

Le traitement par les courants faradiques, ainsi appliqué, sagement conduit, donne toujours de bons résultats ; chez nos deux malades, il y a eu une amélioration progressive très-sensible et assez rapide.

— L'observation CXXVII est un bel exemple de ramollissement cérébral. On sait la difficulté qui existe toujours dans le diagnostic différentiel de l'hémorrhagie et du ramollissement cérébral. Les médecins qui, à cet égard, ont vu le plus, conseillent toujours une sage réserve, car bien des diagnostics qui paraissaient établis sur des bases solides ont été renversés par l'autopsie. Cependant il est des circonstances dans lesquelles l'affirmation est quelquefois permise. M. Vulpian a plus d'une fois appelé l'attention des assistants sur la possibilité de faire le diagnostic, dans certains cas, entre le ramollissement cérébral apoplectique et l'hémorrhagie cérébrale.

On sait, par exemple, que les apoplexies qui sont suivies

d'hémiplégie du côté droit, avec aphasie, sont dues, presque invariablement, à des ischémies cérébrales suivies de ramollissements cérébraux.

Il en est de même, lorsque la paralysie n'atteignant pas du premier coup toute son étendue, ou n'étant pas complète dans les parties atteintes, dès le premier moment, augmente *peu à peu*, progressivement de jour en jour, ou presque d'heure en heure. Lorsque l'extension ou l'aggravation de la paralysie a lieu, au contraire, par sauts plus ou moins brusques, il s'agit plutôt d'une hémorrhagie, surtout si l'une des aggravations, la dernière, s'accompagne de la production de contractures ou de mouvements convulsifs. M. Vulpian nous rappelait des cas, qu'il a vus, de paralysie brusque ou rapide d'un moteur oculaire commun, bientôt suivie d'affaiblissement progressif des membres du côté opposé. Qui eût hésité, nous disait-il, dans de pareils cas, à diagnostiquer un ramollissement siégeant dans le pédoncule cérébral, du côté de la paralysie de l'oculo-moteur commun paralysé? L'autopsie a, du reste, confirmé ce diagnostic.

Les hémiplégies à variations très-rapides, diminuant, comme degré ou comme étendue de la paralysie, au bout de quelques heures, d'un ou deux jours, pour remonter ensuite à leur premier degré ou reprendre leur étendue initiale, et offrir ensuite une aggravation progressive, sont dues, en général, d'après M. Vulpian, à des ischémies cérébrales suivies de ramollissement.

De même encore, une attaque d'apoplexie, précédée de formation de thromboses veineuses, ou d'affections pulmonaires, ou d'affections cardiaques (avec souffles bien nets), doit faire soupçonner la production d'un ramollissement par embolie. Il doit en être ainsi surtout lorsqu'il se produit, soit avant, soit après, soit pendant l'attaque apoplectique, une obstruction artérielle soudaine dans un membre,

suivie de sphacète plus ou moins étendu. L'athéromasie artérielle doit faire penser, en général, à une encéphalomalacie par thrombose des artères intra-craniennes.

Chez notre malade (obs. CXXVII), on pouvait se décider à admettre un ramollissement du cerveau. En effet, elle avait eu une série d'étourdissements, pour ainsi dire d'attaques successives. De plus, chez elle, il y avait vraisemblablement une lésion à la pointe du cœur; enfin l'hémiplégie a été très-passagère : au bout d'un mois et demi, la malade quitte l'hôpital, ayant recouvré à peu près tous les mouvements de son bras et de sa jambe.

— L'observation CXXVIII est un exemple d'hémiplégie survenue vraisemblablement à la suite d'une hémorrhagie cérébrale. Ce cas pouvait donner lieu à des difficultés de diagnostic, à cause de la particularité suivante : vers la partie moyenne et interne de la cuisse droite, il existait une cicatrice un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs ; elle était rayonnée, déprimée à son fond, irrégulière, un peu surélevée sur ses bords. Trois autres cicatrices semblables se trouvaient au niveau de la face interne et externe du tibia droit; une autre, à la jambe gauche, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du tibia; enfin, au niveau de l'os malaire gauche, il en existait une semblable.

Quoique la malade niât tout antécédent syphilitique, il n'y avait pas de doute à avoir sur la nature de ces lésions spécifiques ; rien chez elle ne rappelait la scrofule, et les cicatrices étaient évidemment le résultat d'ulcérations de la peau. D'après les renseignements donnés par la malade sur l'aspect et la marche des lésions cutanées qui ont donné lieu à ces cicatrices, elles ont été sans doute causées par des pustules d'ecthyma ou plutôt par des bulles de rupia syphilitique.

Le 27 décembre 1875, au milieu d'une santé excellente,

pendant son travail, la malade laissa subitement tomber son ouvrage, et elle sentit, tout d'un coup, en même temps que sa main se paralysait, son pied devenir plus faible. Néanmoins elle put retourner chez elle en marchant avec difficulté; elle y était à peine arrivée, qu'elle eut une perte de connaissance, suivie d'abolition complète des mouvements des deux membres du côté gauche. Aujourd'hui, la malade est confinée dans son lit, par une hémiplégie incurable du côté gauche : les membres paralysés sont en même temps contracturés, par suite de l'atrophie scléreuse descendante du pédoncule cérébral droit, de la moitié droite de la protubérance annulaire et du bulbe rachidien, et du faisceau latéral gauche de la moelle épinière.

Y a-t-il eu, au début, dans ce cas, hémorrhagie ou ramollissement du cerveau? Il est difficile de se prononcer d'une façon bien certaine. Cependant, si l'on songe à l'âge de la malade (46 ans), à l'absence de lésions du cœur, on sera entraîné à penser qu'il s'est agi plutôt d'une hémorrhagie. Peut-être cette hémorrhagie a-t-elle été précédée, chez cette syphilitique, du développement d'une tumeur cérébrale. Mais les renseignements n'ont pas pu être complets et l'on n'a pas su si la malade avait présenté, avant l'apparition de l'hémiplégie, des symptômes permettant de soupçonner l'existence d'un néoplasme intra-cranien.

— Tous les auteurs qui ont écrit sur la symptomatologie des tumeurs cérébrales ont noté les variations extrêmes des signes qui accusent l'existence de ces lésions. Ladame, MM. Ball et Krishaber, dans leur article du Dictionnaire encyclopédique, ont montré les desiderata de la science sur cette question ; aussi est-il toujours intéressant d'analyser avec soin les cas bien probants soumis à l'observation.

La malade de l'obs. CXXX était âgée de 27 ans. Dans son enfance, elle a eu de la kérato-conjonctivite, dont elle porte encore les traces accusées par des taies sur les cornées.

Jusqu'en 1872, elle s'est bien portée. A cette époque, sans causes connues, elle a été prise d'attaques épileptiformes; celles-ci, au début, se répétèrent très-souvent, cinquante fois en cinq mois. Depuis plus d'un an, ces attaques ont complétement disparu; il n'en est survenu quelques-unes qu'environ un mois avant la mort. Voilà un premier fait. Dans le tableau des symptômes de la tumeur cérébrale, l'épilepsie est un de ceux qui ont le plus d'importance; il se comporte parfois comme dans le cas actuel; à la longue, il finit par disparaître, pour se montrer de nouveau aux approches de la mort.

Six mois après le début des attaques d'épilepsie, cette femme fut atteinte d'une affection mentale, pour laquelle on l'envoya à Saint-Anne. Cette particularité a son importance; j'ai vu plusieurs cas, à la Salpêtrière, à propos desquels le diagnostic est resté hésitant entre la paralysie générale et l'état mental déterminé par certaines tumeurs cérébrales; d'ailleurs les aliénistes ont bien mis ces faits en évidence. Et, dans certains cas, cet état mental est passager; il va, vient, et généralement ne s'établit en permanence que dans les dernières périodes de la vie.

Il y a vingt mois, la malade est accouchée; quelques jours après, elle s'aperçut que sa vue s'affaiblissait, et en même temps elle souffrit de douleurs dans les membres; elle y ressentit ensuite des fourmillements, de l'engourdissement; puis ces membres s'affaiblirent peu à peu. Bientôt la vue se perdit *complétement*, absolument, et la paralysie des membres devint complète. Ainsi, la compression a agi à la fois sur les nerfs optiques, à un point quelconque de leur trajet, et sur les conducteurs cérébraux : c'est surtout dans les tumeurs de la base que s'observe cet ensemble symptomatique.

Plus tard il se produisit une sensation d'épaississement aux lèvres, à la langue, sans parésie musculaire. Il n'y

avait d'anesthésie dans aucun point du corps. Crampes fréquentes ; sensation de *froid dans les membres atteints.*

J'ai publié en 1875 une observation du service de M. Vulpian où ce dernier phénomène était des plus accentués ; on le constate chez un assez grand nombre de malades.

Il y avait, chez la malade de l'observation CXXX, dans les membres paralysés, un certain degré de contracture, mais cette contracture n'offrait pas un degré invariable. C'est là, aussi, un phénomène qu'il n'est pas rare d'observer dans les cas de tumeurs cérébrales.

La malade a eu des vomissements très-fréquents ; le plus souvent ceux-ci venaient sans nausées, sans efforts ; en un mot, ils avaient tout à fait les caractères que l'on attribue d'habitude aux vomissements par lésions cérébrales. Fréquents au début, ils l'étaient beaucoup moins à une période avancée de la maladie. Les douleurs de tête étaient non moins caractéristiques : elles consistaient en sensations très-pénibles de plénitude, de constriction, de lourdeur, occupant toute la tête ou une région limitée, sans siége fixe. Ces douleurs, à mesure que l'affection devenait plus ancienne, étaient de plus en plus continuelles, de plus en plus intenses.

La mémoire a été sans cesse en s'affaiblissant ; il y avait une grande difficulté d'élocution, une lenteur très-marquée pour parler, parfois même du bégaiement.

Les derniers jours de la vie furent marqués par de nouvelles attaques éclamptiques et par un coma continu ; en même temps, la contracture des membres augmenta beaucoup ; il y eut également une *leucorrhée* extrêmement abondante. M. Vulpian n'avait pas hésité à affirmer l'existence d'une tumeur intra-cranienne : en pareil cas le doute n'était guère permis ; malheureusement, l'autopsie n'a pas pu être faite.

De quelle nature était la tumeur ? La malade n'a pas eu

la syphilis; par conséquent, une des causes les plus fréquentes du développement des néoplasmes intra-craniens se trouve éliminée du diagnostic étiologique. D'autre part, il n'y avait pas de tumeur reconnaissable dans d'autres parties du corps; la malade n'était pas cachectique; l'affection avait évolué en sept ans : ce sont là des raisons pour penser qu'il ne s'agissait pas d'un cancer ni même d'un sarcome vrai. Était-ce un tubercule de l'encéphale? La malade avait eu des affections scrofuleuses dans son enfance et, par conséquent, malgré l'absence de signes de tubercules dans d'autres organes, cette supposition n'est pas inadmissible. On pouvait donc hésiter entre un tubercule, un épithéliome ou un sarcome de la dure-mère, un gliome ou un glio-sarcome encéphalique, comprimant directement ou indirectement les tubercules quadrijumeaux, ou le chiasma des nerfs optiques.

L'observation CXXXI, dans laquelle les symptômes ont été moins accusés, peut donner lieu à des considérations analogues; aussi je n'y reviendrai pas. Je ferai une simple remarque : la malade était une syphilitique; il y a donc lieu de supposer que la tumeur était un syphilome. Chez elle, la sensibilité tactile, du côté hémiplégié, est conservée, excepté à la partie externe de la jambe; là, elle est presque nulle au tact simple; la sensibilité au froid est aussi un peu abolie; malheureusement, la malade est une femme jeune encore, et je ne sais jusqu'à quel point on est autorisé à ne pas mettre cette diminution de la sensibilité sur le compte du nervosisme. M. Fournier a donné comme un des caractères des paralysies syphilitiques la perte partielle, par régions, de la sensibilité. Il faut noter aussi l'état mental tout particulier, chez cette malade : c'était une véritable mélancolique.

OBSERVATIONS

Obs. CXXV. — *Monoplégie brachiale, par lésion encéphalique. — Troubles vaso-moteurs très-apparents dans les membres paralysés. — Traitement par les courants induits saccadés, employés chaque jour pendant un très-court espace de temps. — Amélioration rapide des accidents paralytiques et des troubles vaso-moteurs.*

Le nommé M..., âgé de 50 ans, peintre sur porcelaine.

Entré le 9 décembre 1876, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit nº 10.

Renseignements. — Le père du malade est mort à la suite d'une attaque d'apoplexie, et sa mère a succombé à un catarrhe qui aurait duré longtemps.

Vers l'âge de neuf ans, notre malade a eu une coxalgie gauche, et aujourd'hui le membre abdominal, de ce côté, est notablement diminué de longueur.

En 1871, il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Fauvel, pour une intoxication mercurielle. Cette intoxication a été caractérisée par une salivation abondante et une douleur buccale vive, exagérée par la présence des aliments solides et liquides. Le malade n'avait pas eu de coliques. Il a été traité par la limonade sulfurique, le bromure de potassium. Après six semaines de traitement, il est sorti complétement guéri.

Il y a quinze jours environ, ce malade ressentit tout d'un coup, dans la main gauche, quelques fourmillements, quelques élancements douloureux ; en même temps, il éprouve une douleur vive à la partie postérieure gauche de la tête.

A partir de ce moment, l'avant-bras et la main du côté

gauche s'affaiblirent de jour en jour ; la céphalalgie persista, surtout pendant la nuit ; fréquentes insomnies. Au bout de trois ou quatre jours, il survint quelques éblouissements passagers, et le membre thoracique gauche devint tout à fait impuissant.

Il faut remarquer que la profession du malade le contraignait à manier du mercure et du plomb.

Etat actuel. — Homme de taille moyenne. Le visage est fatigué ; amaigrissement général.

Il ne présente pas de traces de l'intoxication saturnine ou mercurielle.

L'extension de la main gauche est impossible ; la flexion est très-limitée ; la flexion de l'avant-bras gauche est incomplète et occasionne une vive douleur au niveau du pli du coude ; l'extension de ce même avant-bras se fait par le poids même du membre. La sensibilité à la douleur et à la chaleur est conservée ; il semble même qu'elle soit exagérée.

Pas de paralysie du membre inférieur gauche. Pas de déviation de la langue, ni de la bouche. Rien à noter d'anormal dans les membres du côté droit.

On constate, avec la machine à courants faradiques, que la contractilité musculaire est intacte partout.

Les courants provoquent une douleur très-vive sur le membre thoracique gauche.

La peau présente une teinte rouge vineuse sur toute l'étendue du membre thoracique gauche, principalement au niveau de la partie inférieure de l'avant-bras et au niveau de la main. Cette rougeur de la peau est surtout marquée et facile à constater lorsque les deux membres thoraciques sont pendants. Les vaisseaux de la face dorsale de la main gauche, sont évidemment plus pleins de sang que ceux de la même région de la main droite. La température de la main gauche paraît, à la palpation, inférieure à celle de la main droite.

Céphalalgie intense. Insomnie. Vision nette. Sens de l'ouïe, conservé.

Pas de salivation; langue normale; appétit conservé. Soif vive. Selles régulières. Mictions fréquentes et abondantes.

Les urines sont transparentes et ne contiennent pas d'albumine.

Les artères explorables, sont fortement athéromateuses. Rien à noter relativement au cœur ou aux poumons.

Traitement. — On donne deux verres d'eau de Sedlitz.

11 *décembre*. — La céphalalgie persiste plus vive sur le front.

Même état du membre thoracique gauche.

12 *décembre*. — Le malade remue légèrement les doigts de la main gauche; il n'y ressent ni fourmillements, ni douleur.

La coloration de la partie inférieure du membre thoracique gauche contraste encore bien nettement avec la couleur de la peau saine du membre thoracique droit.

A la palpation, on constate une légère diminution de la température, à gauche ; le thermomètre, maintenu dans les deux mains durant un quart d'heure environ, accuse, à gauche 35°, 6, à droite 36°.

Avant de mettre le thermomètre, les mains sont restées une demi-heure hors du lit.

M. Vulpian diagnostique, sous toutes réserves, un ramollissement peu étendu ayant pour siége probable la partie de la circonvolution pariétale ascendante, la plus rapprochée de la grande scissure intra-hémisphérique.

On donne, bromure de potassium 4 grammes; liniment camphré en frictions.

15 *décembre*. — Les doigts de la main gauche se meuvent un peu mieux que les jours précédents.

La faiblesse est pourtant si grande que le malade ne

peut pas, en essayant de serrer le dynamomètre dans sa main gauche, en faire dévier l'aiguille. Le malade se tenant debout, les bras pendants, la peau du membre thoracique gauche devient rouge violacé, celle du côté droit restant normale.

16 *décembre.* — La céphalalgie a disparu.

Avec les courants faradiques, on fait une séance de trois à cinq minutes. La contractilité des muscles du membre thoracique gauche est conservée, mais la sensibilité est exagérée au point de causer des plaintes au malade.

17 *décembre.* — La céphalalgie a disparu. Le malade accuse des fourmillements dans l'avant-bras et la main paralysés. S'il est debout, les bras pendants, la peau du membre paralysé présente une couleur rouge violacé. Avant de placer le thermomètre dans ses mains, on le fit monter à 35°. Mis aussitôt dans la main gauche, il y reste 10 minutes, au bout desquelles il descend à 33°, 5 : dans la main droite, il marque 35°.

L'état général est bon.

Séance d'électrisation faradique de l'avant-bras et de la main du côté gauche durant trois minutes. Les courants sont péniblement supportés. On supprime le bromure de potassium.

18 *décembre.* — Même état. Les mouvements de pronation et de supination sont très-limités à gauche. Séance d'électrisation.

19 *décembre.* — Séance d'électrisation. Quelques fourmillements dans les doigts de la main gauche ; ces fourmillements, non douloureux, sont moins intenses et ne se font sentir que d'une manière intermittente.

24 *décembre.* — Les fourmillements dans la main gauche ont complétement disparu. Pressé dans cette main gauche, le dynamomètre marque 5 degrés.

26 *décembre.* — Les mouvements des doigts sont plus

faciles; les mouvements de supination et de pronation sont moins limités à gauche.

La main gauche fait dévier l'aiguille du dynamomètre jusqu'à 8°,5.

15 *janvier*. — On continue à électriser le malade tous les jours, pendant une minute à peine.

1er *février*. — Les troubles vaso-moteurs ont disparu. Les mouvements du bras sont presque totalement revenus. Le malade quitte l'hôpital.

Remarques. — Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes sur lesquelles a insisté M. Vulpian. D'abord la paralysie a semblé être bien un cas de monoplégie brachiale, dès le début. Il est vrai qu'il peut y avoir eu un affaiblissement très-passager du membre inférieur, affaiblissement que n'aurait pas nettement remarqué le malade.

D'autre part, celui-ci a eu une céphalalgie assez vive : M. Vulpian pense que les lésions de la région qu'il a supposées atteintes chez ce malade, peuvent, dans certaines conditions, produire de la céphalalgie, parce que ces régions sont douées d'un peu de sensibilité à l'état normal, comme le montre l'expérimentation sur les animaux.

Puis, ces régions sont aussi vaso-motrices et, par conséquent, l'existence d'une paralysie et d'une excitation des nerfs vaso-moteurs de ce côté, ne serait pas inexplicable, en tenant pour fondée l'hypothèse émise par M. Vulpian, relativement au siége. La rougeur de la peau était-elle le résultat d'une paralysie ou d'une excitation de ces nerfs? la teinte particulière du tégument, l'abaissement de température, seraient un indice qu'il y a eu plutôt contraction que dilatation des artérioles.

On doit encore faire remarquer les fourmillements qui ont précédé et accompagné le retour des mouvements des doigts et de la main du côté gauche. L'apparition de ces

fourmillements n'est pas rare, d'après M. Vulpian, dans tous les cas où une paralysie se guérit rapidement : elle est constante, lorsqu'il y a guérison rapide, mais progressive, d'une paralysie de la sensibilité, ou encore lorsque la circulation embarrassée dans une région pendant un certain temps, s'y rétablit. C'est surtout à cette dernière cause qu'il faut sans doute attribuer les fourmillements observés chez ce malade.

Obs. CXXVI. — *Hémiplégie du côté droit, incomplète, due probablement à une hémorrhagie cérébrale. — Traitement par les courants induits employés journellement. — Courte durée de chaque séance d'électrisation. — Amélioration rapide de la paralysie.*

Le nommé C..., Louis, âgé de 49 ans, paveur.

Entré le 27 décembre 1876, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 20.

Renseignements. — Le malade dit s'être toujours bien porté jusqu'en 1871 ; il a eu, à cette époque, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, pour laquelle il a été soigné pendant quinze jours à la Pitié.

Depuis la première attaque de rhumatisme, le malade a toujours ressenti, de temps à autre, des douleurs articulaires vagues.

Vers le milieu de novembre, le malade était un peu plus souffrant de douleurs rhumatismales qu'auparavant. Pendant la nuit, il a été atteint, en dormant, sans que rien pût le faire prévoir, d'une hémiplégie du côté droit. — Il se réveille le matin avec tout ce côté paralysé; il ne paraît pas avoir eu, en ce moment, ni convulsion, ni contracture. — La mémoire lui fit défaut pendant 3 ou 4 jours ; pendant le même temps, il avait une grande difficulté pour parler.

Au bout de 3 à 4 jours, le malade a récupéré la faculté

de la parole, et il a pu commencer à marcher avec l'aide de quelqu'un.

Etat actuel. — Le malade est fatigué, amaigri. — Il présente une légère déformation de la face; les traits sont un peu effacés du côté droit. L'orbiculaire des paupières de ce côté fonctionne d'une façon normale. Lorsqu'on fait causer le malade, la partie droite de la face reste presque immobile. Lorsqu'on fait tirer la langue, il n'y a qu'une très-légère déviation de la pointe à gauche. — Le malade mange assez bien. Il offre une paralysie presque complète du membre supérieur droit. Avec ce membre, il ne peut faire que quelques mouvements. C'est à peine s'il arrive à donner une pression sensible, lorsqu'on lui fait serrer la main.

La force du membre inférieur droit est assez bien conservée. Le malade peut marcher un peu sans l'aide d'une canne; mais il traîne la jambe droite et il fauche de cette jambe en marchant, quoique très-légèrement. Point de contracture des membres paralysés.

La main droite est le siége d'un *œdème* assez marqué; elle présente *une teinte un peu cyanosée.* La température de cette main est à peu près la même que celle de la main gauche.

La sensibilité tactile est presque intacte, dans toutes les régions du côté droit; il existe, peut-être, cependant, un léger retard dans la transmission des impressions faites sur la peau des membres de ce côté.

Rien de particulier à noter du côté des autres organes. Pas de lésions reconnaissables du cœur. — L'appétit est bon, le sommeil conservé.

Urine. — Pas d'albumine ni de sucre.

Traitement. — Chaque jour, le malade est soumis à une séance d'électrisation de très-courte durée (quatre à cinq minutes), avec la machine à courants induits (courant peu

intense). On se borne à électriser l'avant-bras et la main du côté droit.

6 *janvier.* — Puissance dynamométrique (main droite): 1° 2.

20 *janvier.* — La force revient peu à peu dans le membre qu'on électrise journellement.

Puissance dynamométrique (main droite): 12 1/2.

28 *janvier.* — Puissance dynamométrique (main droite): 16.

Le malade sort le 1er février 1877, très-amélioré.

Obs. CXXVII. — ***Hémiplégie du côté gauche, due probablement à une atteinte d'ischémie cérébrale suivie de ramollissement peu étendu du cerveau. — Paralysie survenant à la suite d'étourdissements successifs. — Traitement par l'électrisation. — Amélioration rapide.***

La nommée K..., Carcine-Madeleine, âgée de 43 ans, doreuse.

Entrée le 16 décembre 1876, salle Sainte-Madeleine, lit n° 10.

Renseignements. — La malade, jusque dans ces derniers temps, était bien portante. — Il y a 3 jours, étant à lire, elle a éprouvé tout d'un coup un étourdissement, et elle a senti que son côté gauche devenait très-faible. Elle se coucha. Pendant la soirée, elle eut 5 ou 6 étourdissements semblables.

Pas de perte de connaissance absolue. — Pas de troubles de la parole.

Après la dernière attaque, l'hémiplégie du côté gauche était presque complète, et depuis lors la malade est restée à peu près dans le même état qu'aujourd'hui.

Etat actuel. — Face déviée assez fortement de gauche à droite. Perte presque absolue des mouvements du membre supérieur du côté gauche.

La malade remue un peu les doigts, mais elle ne peut pas tenir son bras levé au-dessus du lit.

Le membre inférieur gauche est moins paralysé; la malade peut le tenir un moment soulevé.

Pas d'altérations de la sensibilité tactile. Peut-être la sensation de douleur au pincement est-elle un peu diminuée du côté paralysé.

Les membres du côté gauche sont plus chauds que ceux du côté droit.

Pas de rougeur ni d'œdème du côté paralysé.

Pouls tranquille. — Température axillaire normale. Langue un peu blanche. (La malade a été purgée 2 fois depuis son attaque.)

Le premier bruit du cœur, à la pointe, est un peu prolongé; il n'est pas très-nettement frappé. Rien à noter du côté des poumons.

Traitement. — Lavement purgatif. — Vin de quinquina. Séance d'électrisation quotidienne avec la machine à courants induits. On fait usage d'un courant de force modérée et chaque séance ne dure que quelques minutes.

20 *décembre.* — Les mouvements sont un peu revenus dans le membre supérieur paralysé. La malade peut soutenir son bras en l'air.

22 *décembre.* — Le mieux continue; la malade peut porter la main à sa bouche. — Lavement purgatif.

24 *décembre.* — La malade se lève.

26 *décembre.* — La malade traverse la salle en marchant, presque sans boiter.

28 *décembre.* — Légère sensation d'étouffement. Rien de spécial du côté du cœur ou des poumons. — Urine normale.

29 *décembre.* — La sensation d'étouffement persiste.

31 *décembre.* — La malade a toujours des étouffements. Le prolongement du premier bruit à la pointe du cœur paraît un peu plus soufflant que lors de l'entrée de la

malade. Ce souffle n'a pas tout à fait le même caractère à chaque révolution cardiaque.

15 *janvier.* — La malade va mieux; les étouffements diminuent. Elle quitte l'hôpital à la fin de janvier, ayant recouvré à peu près tous les mouvements de son bras et de sa jambe.

Remarque. — D'après M. Vulpian, l'hémiplégie, chez cette malade, aurait eu vraisemblablement pour cause une obstruction vasculaire, due sans doute à une thrombose. Une artère déjà fortement rétrécie par un travail d'endartérite hyperplastique, se serait oblitérée par un dépôt fibrineux sur la tunique interne altérée. Comme on le voit assez souvent dans ces cas, l'oblitération n'aurait été complète qu'après quelques arrêts momentanés de la circulation dans le vaisseau.

Quant au siége du foyer d'ischémie, puis du ramollissement, M. Vulpian le plaçait dans le noyau blanc de l'hémisphère droit, à une certaine distance du corps strié.

Obs. CXXVIII. — *Hémiplégie du côté gauche suivie de contracture et d'atrophie musculaire. — Lésions syphilitiques anciennes.*

La nommée R... Hortense-Jeanne, âgée de 26 ans, couturière.

Entrée le 3 juillet 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 23.

Renseignements. — La malade a une sœur qui est paralysée depuis le commencement de l'année 1877; sa mère est morte hémiplégique. Elle-même a été bien portante jusqu'en 1870.

Pendant les mois de juin et juillet 1870, la malade a eu des étourdissements qui la forçaient à s'asseoir pour ne point tomber.

Ces étourdissements ont duré pendant quelques années.

27 *octobre* 1876. — Au milieu d'une santé excellente,

étant en train de travailler, elle s'aperçut que ses forces l'abandonnaient. Elle laissa tomber subitement son ouvrage de la main gauche. Bientôt elle sentit le pied, du même côté, beaucoup plus faible; néanmoins elle put encore retourner chez elle. Elle n'eut, à ce moment, ni perte de connaissance, ni éblouissements, ni vertiges.

Lorsqu'elle fut rentrée chez elle, il survint une attaque apoplectique complète, avec perte de connaissance. La malade ne peut dire combien de temps a duré son attaque apoplectique. A son réveil, elle était complétement paralysée du côté gauche. — Depuis lors, elle est confinée au lit.

La malade était paralysée depuis six mois environ, lorsque se produisirent des douleurs vives dans la continuité du membre supérieur et du membre inférieur, du côté gauche. — Bientôt les masses musculaires diminuèrent de volume, et les bras et les jambes furent immobilisés par la contracture.

Etat actuel. — Femme brune, de taille moyenne, présentant toutes les apparences de la santé. L'appétit est bon, le sommeil conservé. La malade est obligée de garder le lit, par le fait d'une paralysie presque absolue de tout le côté gauche du corps.

La moitié gauche de la face est contracturée; les muscles sont tendus, un peu rigides; la commissure labiale gauche est abaissée. — Pas de troubles de la sensibilité.

Les muscles du côté droit de la face n'offrent rien de particulier à considérer.

Le bras gauche pend inerte le long du corps. Les doigts, fermés avec force dans la paume de la main, sont rigides; on ne peut les écarter les uns des autres qu'en déployant une très-grande force. La flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras se font avec difficulté; il en est de même

pour les mouvements de l'épaule. — Pas d'anesthésie. — Atrophie assez marquée des muscles de l'éminence thénar et de l'éminence hypothénar, ainsi que des interosseux.

Le pied est dans l'extension forcée : les dernières phalanges sont fléchies et rigides dans leur situation forcée. Difficulté assez grande de l'extension ou de la flexion de la jambe sur la cuisse. Pas d'atrophie bien manifeste des muscles de la cuisse et de la jambe; pas de perte de la sensibilité cutanée.

Les muscles intercostaux et abdominaux ne présentent rien de particulier à considérer.

Vers la partie moyenne et interne de la cuisse droite, au milieu et en bas de la face interne de la jambe droite, dans la même région de la jambe gauche, et enfin à la joue au-dessous de l'os malaire gauche, il existe des cicatrices plus ou moins larges, de diamètre variant entre celui d'une pièce de cinq francs et celui d'une pièce de deux francs. Ces cicatrices sont soulevées sur leurs bords, profondes, rayonnées, déprimées. La peau qui les entoure, est elle-même plissée. On dirait des régions où la peau a été enlevée comme à l'emporte-pièce.

Les cicatrices paraissent bien être produites par des gommes anciennes qui se sont ramollies et cicatrisées ensuite. La malade raconte, qu'en effet, les tumeurs sont survenues sans occasionner de douleurs. Elles se sont ramollies au centre, et elles ont laissé des surfaces saignantes, anfractueuses qui, petit à petit, se sont cicatrisées. La malade ne peut dire quel traitement elle a suivi à ce moment. On ne trouve pas d'autres manifestations syphilitiques.

Toutes les fonctions s'exécutent bien. Aucune lésion du cœur. Urine normale.

Il est difficile de formuler un diagnostic précis relativement à la nature de la lésion (hémorragie ou ramollissement) qui s'est produite chez cette malade.

Les renseignements qu'elle fournit ne sont pas assez certains pour qu'on puisse les prendre pour base d'une hypothèse ayant quelque solidité. L'âge de la malade, l'existence d'une affection analogue chez sa sœur, la mort de la mère par suite d'accidents analogues aussi, sont des circonstances qui parlent plutôt dans le sens d'une hémorragie cérébrale et ce sont les considérations qui avaient porté M. Vulpian à poser ce diagnostic.

Il s'était même démandé si la production de l'hémorrhagie n'avait pas eu pour cause provocatrice le développement d'une tumeur intra-crânienne d'un syphilôme; mais ici, faute de renseignements suffisamment détaillés, il était resté complétement dans le doute.

Quelle qu'ait été d'ailleurs la cause de l'hémiplégie, la lésion cérébrale avait eu évidemment pour conséquence une atrophie descendante (avec sclérose) de l'isthme de l'encéphale et de la moitié de la moelle du côté opposé au siége de la lésion primitive du cerveau. D'où les phénomènes névralgiques précurseurs, les contractures tardives, l'atrophie musculaire concomitante. Il s'agissait en réalité d'une maladie incurable; aussi a-t-on fait des démarches pour la faire entrer à la Salpétrière.

Obs. CXXIX. — *Hémiplégie ancienne du côté droit*, *avec contracture consécutive. — Léger degré d'atrophie musculaire. — Aphasie. — Mort par affaiblissement progressif. — Plaques jaunes au niveau de la circonvolution marginale postérieure gauche et du lobe pariétal inférieur. — Foyer de ramollissement ayant détruit le noyau intra-ventriculaire du corps strié. — Dégénérescence secondaire de la protubérance*, *du bulbe et de la moelle épinière.*

La nommée P., âgée de 65 ans.

Entrée le 5 janvier 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 18.

Les personnes qui ont amené la malade à l'hôpital ne

peuvent donner sur elle aucun renseignement. Il s'agit d'une femme très-âgée, paraissant beaucoup plus vieille encore que son âge. La figure est pâle, ridée. — Expression constante d'hébétude. Pleurs incessants aux moindres paroles que l'on adresse à la malade. — Elle a un vocabulaire extrêmement restreint. — A chaque interrogatoire, à chaque question qu'on lui adresse, elle répond : *Ma tante.* Ces deux mots sont les seuls que possède la malade. — Cependant elle paraît comprendre assez nettement. — Par gestes, elle dit ce dont elle a besoin. — Pas de déviation de la langue. Tous les mouvements de cet organe sont possibles.

Il n'existe pas de paralysie faciale. — Hémiplégie du côté droit, avec contracture.

Le bras ne peut effectuer aucune espèce de mouvement. Le membre tout entier est comme collé contre le tronc. L'avant-bras, demi-fléchi sur le bras, ne peut être étendu. Les doigts, recourbés dans la paume de la main, sont fortement contracturés. On ne peut les étendre. L'épaule paraît soudée. Légère atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar, ainsi que des interosseux. — Sensibilité intacte.

La jambe, rigide, est demi-fléchie sur la cuisse; le membre inférieur tout entier est immobile; les orteils, recourbés en bas, sont contracturés. Pas d'anesthésie, ni d'atrophie musculaire. Tout mouvement est impossible.

La malade a peu d'appétit. Constipation opiniâtre. — Sommeil assez bon. — Urine normale.

Rien de particulier à signaler du côté des organes.

— Pendant toute la durée du séjour de la malade à l'hôpital, on lui fait prendre du vin de quinquina et on cherche à lui faire suivre un régine fortifiant. Cependant elle va en s'affaiblissant sans cesse; bientôt elle refuse toute nourriture, et elle meurt le 20 février 1877.

Autopsie. — *Cavité crânienne.* — Le cerveau est relativement petit.

Les artères de la base sont peu athéromateuses. Cependant l'artère sylvienne gauche, avant ses divisions terminales, présente quelques plaques athéromateuses. Il existe aussi de petites plaques sur l'artère sylvienne droite. Les méninges sont normales.

Lobe gauche du cerveau. — Les circonvolutions frontales et la circonvolution marginale antérieure ne présentent d'altérations, ni à la surface extérieure, ni dans leur profondeur. On s'assure de ce fait à l'aide d'un très-grand nombre de coupes.

La circonvolution marginale postérieure gauche est atrophiée, au niveau des plis de passage qui se dirigent vers la scissure de Rolando. La surface de la circonvolution est déprimée, indurée, jaunâtre, sur une étendue, en hauteur, de deux centimètres, et en largeur, d'un centimètre environ. C'est une véritable plaque jaune, conséquence d'un ramollissement ancien.

Sur les circonvolutions du lobe pariétal gauche inférieur, au point de jonction de ce lobe avec le lobe sphénoïdal, on trouve une autre plaque jaune, large comme une pièce de 5 centimes. Dans cette étendue, la plaque jaune remplace la substance grise des circonvolutions. Cette plaque a une épaisseur de quelques millimètres et se prolonge sur les plis de passage, jusqu'à la jonction avec le lobe occipital gauche.

En pratiquant des coupes transversales méthodiques, coupes espacées de deux centimètres en deux centimètres, on note, d'avant en arrière, à l'extrémité antérieure du ventricule gauche, l'existence d'un foyer de ramollissement situé dans l'épaisseur du noyau extra-ventriculaire (lenticulaire) du corps strié. Ce foyer, qui est linéaire, occupe presque toute l'épaisseur du noyau. Il a coupé une

partie de la capsule externe jusqu'à l'avant-mur, en laissant intact le noyau intra-ventriculaire, la couche optique. Il a détruit également la partie antérieure de la capsule interne.

Le foyer a deux centimètres de longueur, un de hauteur et trois ou quatre millimètres d'épaisseur (on dirait qu'il a décollé la capsule externe du noyau intra-ventriculaire).

Toutes ces lésions occupent le lobe cérébral gauche; il n'y a rien d'anormal dans le lobe cérébral droit, ni dans le cervelet.

On constate une atrophie considérable de la moitié gauche de la protubérance. Cette atrophie se poursuit dans la pyramide antérieure gauche du bulbe et, sur les coupes transversales de la moelle, on la retrouve, du haut en bas du centre nerveux, dans la région postérieure du cordon latéral droit de la moelle.

Cavité thoracique. Cœur. — Ventricule gauche très-hypertrophié; tissu du myocarde mou et jaunâtre. La valvule mitrale est un peu athéromateuse.

Pas de lésions d'orifices. Crosse aortique normale.

Le lobe inférieur du poumon droit est comme carnifié; il est le siége d'une congestion hypostatique très-accentuée. Pas d'autres lésions des poumons; il n'y a ni granulations tuberculeuses, ni foyers de pneumonie chronique.

Cavité abdominale. Foie. — Normal. Il est peut-être un peu diminué de volume.

Reins. — Normaux.

Rate. — Elle est petite. Sur un des points du bord antérieur se montre une dépression dans laquelle est un infarctus calcaire. Plaques de périsplénite.

Obs. CXXX. — *Tumeur cérébrale. — Hémiplégie avec phénomènes spasmodiques. — Amaurose double. — Attaques épileptiformes. —Coma continu. — Mort.*

La nommée B...., Mathilde, âgée de 27 ans, institutrice.

Entrée le 5 avril 1877, salle Sainte-Madeleine, lit nº 11.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 27 ans, a été réglée à l'âge de 15 ans et demi.

Quelques jours après sa naissance, elle eut une kérato-conjonctivite des deux yeux. Elle conserva, à la suite de cette affection, sur les deux cornées, une taie très-nette et large de 3 millimètres environ. Cette taie occupe, sur chaque œil, la partie inférieure de la cornée et empiète sur le champ pupillaire. Ce champ est moins couvert du côté droit que du côté gauche; la malade voyait encore assez bien de l'œil droit. Jusqu'à ce jour, les opacités se sont conservées telles qu'elles étaient après l'inflammation qui les a produites. Jamais la malade n'aurait présenté d'autres affections permettant de reconnaître chez elle la diathèse strumeuse. Elle ne paraît pas avoir eu la syphilis. Il n'y a rien d'important à signaler au point de vue des antécédents héréditaires.

Jusqu'en 1872 elle s'est toujours très-bien portée. A cette époque, elle fut prise d'attaques d'épilepsie, qui se répétèrent, depuis lors, très-souvent. Elle ne sait à quelle cause attribuer ces attaques.

Pendant cinq mois, elle en a eu cinquante environ.

Ces attaques étaient toutes caractérisées par les phénomènes suivants : cris, perte de connaissance avec chute à terre, puis convulsions toniques, suivies de convulsions cloniques, enfin coma. Ces attaques ont complétement disparu aujourd'hui.

Six mois après ces attaques, la malade eut une affection mentale, pour laquelle elle fut envoyée à Sainte-Anne. La malade ne peut dire l'époque de son entrée dans cet asile, ni la date de sa sortie.

Il y a 20 mois, elle était dans le service de M. Bourdon, pour y faire ses couches.

Pendant la grossesse et l'accouchement, la malade n'a présenté aucun phénomène notable. Mais, après ses couches, au bout d'un ou deux jours, elle remarqua que sa vue s'affaiblissait : elle voyait tout à travers un nuage; en même temps, elle éprouva des douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs.

Peu à peu, ces troubles de la vue s'accentuèrent; aux fourmillements et aux engourdissements des bras et des jambes, s'ajouta de la faiblesse musculaire. La malade ne pouvait rester longtemps debout, ni marcher un peu sans être fatiguée, et elle exécutait plus difficilement les mouvements des bras surtout ceux du bras droit. Enfin la vue se perdit tout à fait, et la paralysie des membres du côté droit devint complète. Depuis cinq mois, la malade ne voit plus; elle ne perçoit pas même la lumière du jour et ne distingue point le jour de la nuit. Les membres du côté droit sont complétement paralysés.

État actuel. — Femme brune, non amaigrie. L'expression du visage est terne, sans expression. Les yeux restent continuellement grands ouverts. On remarque, sur les cornées, les taches déjà signalées.

La malade est obligée de rester assise ou couchée dans son lit.

Le bras droit est inerte; l'avant-bras, fléchi sur le bras, ne peut exécuter de mouvements; la malade est obligée de le saisir avec la main du côté opposé pour le mouvoir. Le membre inférieur droit est aussi complétement immobile.

Les muscles de la face, des deux côtés, se contractent bien. La malade accuse une sensation d'épaississement aux lèvres, à la langue, du côté droit. Du reste, on n'observe aucune déviation des traits. La langue, lorsqu'elle est tirée hors de la bouche, ne se dévie d'aucun côté.

La paralysie de la motilité existe seule, dans les deux membres du côté droit; la malade ressent bien les im-

pressions portant sur un point quelconque du tégument cutané de ces deux membres; elle perçoit le tact simple, le chatouillement, la douleur, la chaleur et le froid; en un mot, la sensibilité y est conservée dans tous ses modes.

Crampes douloureuses, soubresauts répétés et fréquents, sensation de froid dans les deux membres atteints. Toutes ces diverses sensations surviennent rapidement et durent quelques secondes, puis disparaissent. Il n'y a pas de position vicieuse des membres, mais, à certains moments, légère contracture, d'ailleurs toujours passagère, dans les deux; la jambe se fléchit alors un peu sur la cuisse et l'avant-bras sur le bras; cette contracture passagère est douloureuse et cesse après quelques minutes. Pas d'atrophie musculaire. Peut-être existe-t-il un péu de diminution de la température, dans les extrémités de deux membres du côté droit : du moins la malade se plaint de les sentir toujours froides.

Avec ces phénomènes hémiplégiques se montrent encore divers troubles importants.

Fréquemment, la malade a des vomissements, tantôt avec nausées, tantôt sans malaise et sans efforts. Ces vomissements sont verdâtres, bilieux; ils viennent moins fréquemment aujourd'hui qu'au début de la maladie. Douleurs violentes dans la tête, se montrant à des intervalles plus ou moins rapprochés. Sensation de plénitude, de constriction extrêmement forte et de lourdeur occupant tantôt toute la tête, tantôt une région, tantôt l'autre, mais sans siége fixe et permanent. Encore aujourd'hui, la malade se plaint de ces douleurs, qui la font beaucoup souffrir, et c'est sur elles qu'elle insiste toujours, car elles tendent à devenir continuelles et plus intenses qu'auparavant.

Enfin il existe, d'après le dire de la malade, une diminution très-grande de la mémoire, une difficulté notable de

l'élocution et une lenteur très-marquée pour parler. Parfois même, il y a un peu de bégaiement.

L'ouïe, l'odorat et le goût sont très-bien conservés; seule, la vue fait totalement défaut. A part les opacités décrites plus haut, il n'existe pas trace de lésions apparentes dans les deux yeux.

L'état général de la malade est excellent; elle conserve un bon appétit; elle dort peu cependant, à cause des douleurs de tête. Constipation habituelle. L'examen du cœur, des poumons, du foie et de la rate, ne présente rien d'anormal à signaler.

L'urine a sa couleur normale et ne contient ni albumine ni sucre.

Traitement. — On institue le traitement à l'iodure de potassium, en commençant par un gramme chaque jour, pris en deux fois, à la fin du repas.

L'état de la malade resta le même jusqu'au commencement de mai; les contractures du bras droit avaient même à peu près disparu ou ne se montraient qu'à de rares intervalles.

Dans les premiers jours de mai, la malade est prise de céphalalgie violente, de vomissements et de contracture du bras droit.

Ces accidents se répètent tous les deux ou trois jours, jusqu'au 12 mai. A partir de cette époque, ils se produisent tous les jours et durent longtemps. Ces phénomènes s'accompagnent d'un embarras de la parole très-marqué; la malade répond avec beaucoup de difficulté et avec lenteur. Les traits de la face se dévient un peu à droite; cette déviation, très-marquée par instants, diminue et disparaît complétement, pour reparaître très-vite.

Le 12 mai, même série d'accidents. Ceux-ci sont suivis d'une période pendant laquelle la malade est plongée dans une somnolence complète; elle en sort cependant pour

répondre aux questions qu'on lui adresse; la respiration est normale.

Cet état demi-comateux dure environ une heure.

Les jours suivants, jusqu'au 16 mai, fréquentes attaques épileptiformes. Contracture dans le membre supérieur droit, vomissements, somnolence.

En même temps, on observe d'autres phénomènes.

La malade est prise d'écoulements leucorrhéiques abondants.

Constipation très-opiniâtre, qui nécessite l'emploi de lavements fréquents, souvent sans résultat.

A partir du 16 mai, les contractures sont peu accentuées; mais, en revanche, la somnolence est constante et dure plusieurs heures. Les questions adressées à la malade ne peuvent plus la faire sortir de sa torpeur. Dans l'intervalle des accès de somnolence, elle semble accablée et ne peut qu'avec peine prononcer quelques paroles.

La constipation et la leucorrhée persistent; des eschares se produisent au sacrum. Cet état dure jusqu'au 28 et va toujours en s'aggravant.

28 *mai*. — Coma absolu; respiration normale. Les membres sont dans une complète résolution; la somnolence est telle que les excitations extérieures ne peuvent réveiller la malade. Cependant, quand on lui parle un peu fort, il semble qu'elle entend, car elle remue les lèvres comme pour ébaucher une parole.

30 *mai*. — Le coma persiste encore; de plus, on constate une rougeur assez intense répandue sur toute la face; la malade est couverte de sueurs; constipation; incontinence d'urine.

Les pupilles sont moyennement dilatées et égales.

De temps en temps, quintes de toux peu intenses. A l'auscultation, on entend des râles humides aux deux bases des poumons en arrière.

La température de l'aisselle donne aujourd'hui 40°,4 et le pouls 120.

Depuis le 28, la malade n'a pris aucune nourriture. Aussitôt introduits dans la bouche, les aliments sont rejetés.

Les eschares sur les fesses, au sacrum, se sont considérablement étendues.

Elle meurt, dans le coma, le 31 mai. L'autopsie n'a pu être faite.

OBS. CXXXI. *Tumeur cérébrale d'origine syphilitique. — Amélioration progressive des accidents parétiques sous l'influence du traitement spécifique.*

La nommée X..., âgée de 30 ans, mécanicienne.

Entrée le 1er février 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 12.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 30 ans, mécanicienne, a été réglée à 17 ans.

Les règles ont toujours été régulières.

Elle paraît avoir eu, dans son jeune âge, de la gourme, des gonflements ganglionnaires, des maux d'yeux et d'oreilles, qui auraient duré assez longtemps.

Il y a quatre ou cinq ans, il lui survint des plaques muqueuses à la vulve. L'accident primitif est passé inaperçu. Maux de gorge, qui furent accompagnés de douleurs vives dans la tête. Elle eut aussi une éruption généralisée sur tout le corps, et on voit encore à l'extrémité inférieure de la jambe gauche, ainsi que dans le dos, les traces de cette éruption.

Etat actuel. — La malade entre à l'hôpital pour une *hémiplégie du côté gauche;* la paralysie a débuté il y a trois ans et n'a fait que s'accroître depuis cette époque; l'hémiplégie a été consécutive à une perte de connaissance. La malade souffrait depuis quelques jours de douleurs de tête très-vives; en outre, elle avait des nausées et des vomissements. La perte de connaissance a duré une heure,

d'après ce qu'ont dit à la malade les personnes de son entourage. — Au commencement de l'attaque, il aurait existé des convulsions; d'ailleurs, déjà depuis quelque temps, la malade éprouvait dans les membres du côté gauche, des engourdissements, des fourmillements, et il lui semblait que quelque chose de froid était constamment appliqué à la surface de la peau. Les vomissements depuis lors ont été fréquents; ils n'étaient pas précédés de nausées. Elle a eu également quatre ou cinq fois des pertes subites de connaissance avec convulsions, analogues à la première et précédées des mêmes phénomènes de céphalée, d'éblouissements et de bourdonnements d'oreilles.

L'hémiplégie du côté gauche est aujourd'hui très-nette et beaucoup plus marquée au membre supérieur qu'au membre inférieur. La faiblesse du membre supérieur est très-grande; la malade peut à peine serrer la main. Elle marche en fauchant et en traînant la jambe gauche. Pas de contractions involontaires des muscles du membre supérieur. Souvent, les doigts se fléchissent involontairement et très-fortement. La malade est obligée d'approcher sa main du feu pour ramener les doigts dans leur position normale. La jambe est légèrement fléchie sur le bassin et maintenue dans cette position par la contracture des muscles postérieurs de la cuisse. — Cette contracture et la flexion qui en est la conséquence, ne sont pas constantes.

La sensibilité tactile est conservée, excepté à la partie externe de la jambe gauche, où elle est presque nulle.

La sensibilité au froid est à peu près abolie.

Si l'on fait porter au nez la main gauche, quand les yeux sont fermés, la malade le fait avec beaucoup d'hésitation.

Continuellement, elle a des engourdissements dans les doigts; elle ne peut rien tenir à la main; elle a aussi des fourmillements incessants dans les jambes. Quelquefois des

nuages passent devant les yeux; fréquents éblouissements. La sensibilité de l'ouïe est très-augmentée.

La malade est devenue irritable ; elle a perdu la mémoire. La mélancolie paraît être aujourd'hui son état ordinaire.

Insomnie habituelle, par suite des douleurs de tête. Il existe aussi parfois de violentes douleurs dans les membres paralysés.

Perte d'appétit; constipation.

L'urine ne contient pas d'albumine ni de sucre; rien à noter du côté des autres organes.

Traitement. — M. Vulpian ordonne 25 grammes de sirop de Gibert; en outre, un gramme d'iodure de potassium; vin de quinquina. Electrisation quotidienne, avec la machine à courants induits. Ce traitement est continué un mois. Pendant ce temps de séjour à l'hôpital, la malade n'a pas présenté d'accidents particuliers. L'hémiplégie a rétrocédé progressivement, mais bien lentement; cependant, à son départ, le bras et la jambe avaient récupéré une partie de leurs mouvements; l'état général était très-satisfaisant.

SECTION II

PARALYSIES ET NÉVRALGIES FACIALES.

La physiologie, en déterminant avec précision, les propriétés et le rôle fonctionnel des différents nerfs crâniens, a rendu un service signalé à la pathologie. On ne discute plus aujourd'hui pour savoir quel est le nerf moteur principal, quel est le nerf sensitif de la face. La paralysie faciale, la névralgie faciale, le tic douloureux de la face ont leur siége anatomique bien déterminé.

L'étiologie de la paralysie faciale comporte une série de causes, la plupart faciles à comprendre et à expliquer ; il

est pourtant quelques points en litige. L'étude de plus en plus approfondie de la texture et de la structure des centres nerveux, en nous faisant connaître très-exactement le lieu d'origine des noyaux du facial, a simplifié le problème. Pourtant elle n'a pas dit son dernier mot, car les avis sont encore partagés relativement au siége précis de ces noyaux, et surtout pour ce qui a trait à leurs relations avec les parties centrales du cerveau. Ces relations sont établies, comme on le sait, par l'intermédiaire de faisceaux de fibres nerveuses qui, vraisemblablement, vont du bulbe et de la protubérance vers les ganglions centraux. En outre, on se demande s'il faut admettre deux nerfs faciaux, un nerf facial supérieur, un nerf facial inférieur. On sait comment Duchenne de Boulogne, en étudiant la paralysie labio-glosso-laryngée, fut conduit à cette conception, et comment des histologistes trouvèrent bientôt des dispositions anatomiques confirmant cette vue de l'esprit.

Le facial doit-il être considéré comme formé de deux faisceaux dont l'un s'arrêterait dans les noyaux bulbaires d'origine de ce nerf et dont l'autre, l'inférieur, irait se mettre plus directement en relation avec le cerveau proprement dit? Question difficile à résoudre! En tout cas M. Vulpian fait remarquer que la différence entre les deux parties du facial, sous le rapport de leurs relations avec les ganglions cérébraux et l'écorce cérébrale, n'est pas absolue. La portion supérieure du facial, celle qui n'est pas aussi atteinte par les lésions cérébrales que l'autre, n'échappe cependant pas, complétement, à l'influence de ces lésions. On sait, en effet, que l'orbiculaire des paupières, chez les malades atteints d'hémiplégie complète, ne fonctionne pas avec la même énergie du côté paralysé que du côté sain. D'autre part, les observations de M. Potain (Thèse de M. Simoneau, Paris) tendent à prouver que l'orbiculaire palpébral, dans des cas de ce genre, ne peut plus d'ordi-

naire se mouvoir isolément, tandis qu'il peut encore fonctionner dans les mouvements associés, volontaires ou non, des paupières des deux yeux.

Toutes les causes qui peuvent atteindre le facial, depuis son point d'origine bulbo-protubérantielle, jusqu'à sa terminaison dans les muscles, ont un mode d'action sur lequel tous les médecins s'entendent. Mais il y a divergence entre les observateurs, lorsqu'il s'agit de savoir si une cause portant son action sur le cerveau proprement dit, peut produire une paralysie faciale. En un mot, existe-t-il des paralysies faciales d'origine centrale? Rostan enseignait que, dans presque tous les cas, la paralysie faciale est de cause cérébrale. Duplay dans un mémoire paru en 1854, sur cette question, a montré, par des observations probantes, que la paralysie, exclusivement faciale, peut être la conséquence d'une hémorrhagie cérébrale. On cite toujours le cas, resté classique, de Dupuytren. On sait que le célèbre chirurgien eut plusieurs attaques d'apoplexie cérébrale avec paralysie, exclusivement faciale. A sa mort, on ne constata, dans le cerveau, qu'un épanchement sanguin récent et un ancien. Malheureusement le siége de cet épanchement n'a pas été précisé.

Les travaux récents des expérimentateurs semblent avoir mis hors de doute l'existence des centres moteurs dans l'écorce grise cérébrale, et, parmi les centres moteurs, il y en aurait un pour la face. Quelques observations paraissent prouver que certaines paralysies faciales sont sous la dépendance d'une lésion limitée de cette partie du cerveau. D'autre part, il peut se faire, comme on l'a pensé, que la lésion des conducteurs qui relient entre eux les noyaux d'origine du facial et l'écorce grise du cerveau puisse aussi produire la paralysie faciale. Il n'est pas absolument rare, comme nous le rappelait M. Vulpian, de voir, chez des individus atteints de paralysie faciale analogue,

par certains de leurs caractères, à la paralysie faciale périphérique, des troubles cérébraux proprement dits (hémiplégie, démence, paralysie générale progressive, etc.), se manifester ultérieurement, et même à une époque où la paralysie faciale n'a pas encore disparu. Comment ne pas croire, dans de pareils cas, que la paralysie faciale est due à une lésion, non du bulbe ou de la protubérance, mais du cerveau lui-même ?

Dans le cours de la syphilis tertiaire, en dehors des tumeurs, des gommes, des encéphalites chroniques facilement reconnaissables anatomiquement, des périostites, résultat si fréquent de cette maladie spécifique, Zambaco et quelques autres auteurs ont décrit des cas de paralysie faciale centrale. Ces faits nécessitent les mêmes réserves que ceux dont il vient d'être question. Le diagnostic de la paralysie faciale, d'origine cérébrale, peut être posé, lorsqu'on trouve l'ensemble des caractères suivants : 1° une paralysie incomplète ; 2° la persistance des mouvements réflexes ; 3° la conservation de la contractilité électrique. Il faut ajouter pourtant qu'il est des cas où le diagnostic du siége de la lésion est des plus difficiles.

Il est une cause de la paralysie faciale dont tout le monde s'accorde à reconnaître la réalité, je veux parler du froid. La paralysie faciale *à frigore* est au moins fréquente. On a beaucoup discuté à propos de cette variété de paralysie, en raison d'un résultat, en apparence contradictoire, que donne l'électrisation. On sait que l'excitabilité électro-musculaire est conservée dans les autres paralysies dites rhumatismales, ou mieux *à frigore;* or, dans la paralysie faciale par le froid, c'est le résultat inverse qui a lieu, l'excitabilité électro-musculaire étant abolie. M. Vulpian s'est attaché à montrer que ce résultat de l'électrisation, si différent de celui que l'on obtient dans les autres paralysies par le froid, et en particulier dans la paralysie du radial *à frigore*,

tient au mode suivant lequel la lésion du nerf est produite dans ce cas spécial. Le nerf primitivement lésé, subit vraisemblablement une légère tuméfaction et, par suite, une compression dans le canal osseux inextensible qu'il traverse, et rien ne prouve que le périoste de ce conduit n'ait pas été atteint aussi par le froid et n'ait pas subit pareillement un certain degré de tuméfaction; de sorte qu'en réalité, il y aurait dans la paralysie faciale *à frigore* une véritable compression du nerf. Duchenne, de Boulogne, nous a appris que, dans les paralysies dues au froid ou à la compression, l'excitabilité des muscles par les courants interrompus, diminue à partir des troisième et quatrième jours : cette diminution marche rapidement et souvent dès le septième jour elle paraît abolie. Parfois, on ne constate cette abolition apparente que vers le huitième, le neuvième ou le dixième jour. A ce moment, dans les cas de paralysie complète, la contractilité musculaire ne peut plus être mise en jeu, du moins par les courants faradiques. Un fait intéressant, signalé par Bärwinkel, et confirmé par de nombreux cliniciens, c'est que, tandis que la contractilité farado-musculaire s'affaiblit de plus en plus, la contractilité galvano-musculaire persiste et augmente même; de telle sorte qu'il y a un moment où les courants faradiques ne provoquent plus la moindre contraction musculaire, et où les muscles paralysés se contractent par l'excitation de courants galvaniques assez faibles pour ne pas agir sur les mêmes muscles du côté sain. Plus tard encore, au bout d'un ou de plusieurs mois, la contractilité galvano-musculaire s'affaiblit aussi, lorsque la paralysie est complète, et il arrive un moment où les courants galvaniques n'ont pas plus d'action sur les muscles paralysés que les courants faradiques. Quand la paralysie n'a pas une trop longue durée, ce qui n'a lieu que lorsqu'elle n'est pas complète, — on voit l'action des courants gal-

vaniques s'affaiblir et tendre à revenir au degré normal au fur et à mesure que l'action des courants induits, interrompue, reprend son influence. La paralysie faciale périphérique est toujours d'une longue durée, lorsqu'elle est complète. Elle peut même être alors incurable : il n'est pas rare que, dans ces cas, elle se termine, comme l'a fait voir Duchenne, par la contracture des muscles primitivement paralysés. Lorsque la paralysie est curable, on voit en général les mouvements volontaires renaître peu à peu. Ils peuvent avoir repris un certain degré d'évidence, alors que l'excitabilité électrique des muscles manque encore.

Il était nécessaire de rappeler ces considérations, afin de montrer l'importance de toutes les questions que soulève l'analyse d'un cas de paralysie faciale, comme celui de l'observation CXXXII.

X..., âgé de 34 ans, n'a jamais été malade jusque dans ces dernières années. Il eut alors de violents maux de tête, survenant au moindre excès ; souvent, ces maux de tête étaient suivis de vomissements. Pas de syphilis.

Sa grand'mère et sa mère sont mortes de tumeurs cancéreuses du sein ; le grand-père et le père, d'une hémorrhagie cérébrale.

Le 6 avril dernier, après avoir fait des excès de coït durant un mois, il renouvelle ces excès à la fin d'un repas. Il est pris alors d'une céphalalgie violente avec tendance à la syncope. Il va néanmoins à son bureau le lendemain, mais le travail est difficile ; il a perdu de la mémoire ; tout en ayant conscience de son erreur, il écrit un mot, un chiffre pour un autre ; sa main n'obéit plus absolument à sa volonté, sans qu'il y ait d'affaiblissement du membre. Malgré cet état, X... fait, le soir, de nouveaux excès de coït. A son réveil, 7 avril, il est pris d'une céphalalgie gravative très-douloureuse et d'un engourdissement de la face, engour-

dissement progressif. Bientôt il est frappé d'une paralysie faciale, accompagnée, au dire du malade, de certaines particularités qu'il importe de relever. Pendant quelques jours, la parole aurait été difficile ; la langue, devenue rouge et très-douloureuse du côté paralysé, se serait recouverte d'une éruption aphtheuse ; il y aurait eu un peu de surdité et de diminution du goût ; toutefois la sensibilité tactile n'aurait pas été affaiblie dans les parties paralysées. Au bout d'une quinzaine de jours, sur une moitié de la langue, se serait produit un soulèvement de peau blanche (expression du malade).

La paralysie faciale chez X... est, comme on le voit, soit en raison des antécédents héréditaires, soit en raison du mode de début, de celles qu'on pourrait qualifier de paralysie faciale de cause cérébrale ; mais l'examen attentif de tous les symptômes, et en particulier les résultats fournis par l'exploration électrique ont éloigné de ce diagnostic. L'orbiculaire des paupières était paralysé ; il n'y avait pas de déviation du voile du palais ; les courants induits ne donnaient lieu à aucune contraction musculaire, tandis que les courants continus faisaient contracter les muscles paralysés, avec un minimum de cinq éléments, et même, à excitation égale, ces muscles se contractaient plus énergiquement que ceux du côté sain. La lésion, cause de la paralysie, est certainement périphérique. Elle est vraisemblablement au delà du point d'origine des nerfs faciaux, parce qu'il n'y a eu aucun trouble de la motilité dans les membres du côté opposé à la moitié paralysée de la face ; mais le siége exact et la nature de la lésion sont très-difficiles à préciser.

Cette observation offre encore une particularité intéressante. Le malade accuse une perversion de la sensation gustative sur la moitié droite de la langue. Il dit, comme il est noté plus haut, que cette partie de l'organe a été plus

rouge que celle du côté opposé, qu'elle a été couverte d'une éruption d'élevures; qu'elle a présenté, et seulement de ce côté, des pellicules blanches. Ces troubles vaso-moteurs et nutritifs qui ont eu lieu dans la membrane muqueuse de la langue, doivent-ils être attribués à la paralysie de la corde du tympan? Il faut noter également une modification de l'action des vaso-moteurs de la face, car, après chaque séance d'électrisation portant sur les deux côtés de la face, on constatait une rougeur très-marquée de tout le côté gauche, tandis que le côté paralysé restait relativement pâle.

L'observation CXXXIII est un cas de névralgie faciale des plus intéressants, à cause des troubles trophiques qui se sont produits pendant le cours de la névralgie. Celle-ci a occupé presque exclusivement la branche ophthalmique de la cinquième paire, et les troubles trophiques ont porté sur l'œil et ses enveloppes.

La malade, âgée de 50 ans, vit, au commencement du mois d'avril 1875, la moitié droite de la face se tuméfier et devenir le siége, alternativement, de chaleur et de froid. En même temps, des douleurs excessivement vives, spontanées, se produisirent, surtout dans la région sus-orbitaire; puis survint, dans toute cette région, une diminution de la sensibilité. Très-vite apparurent aussi des troubles de la vision; subitement la vue s'obscurcissait, des brouillards se montraient et disparaissaient.

Dans les premiers jours de novembre, elle fut prise subitement, étant dans la rue, d'embarras de la parole. Il lui a été impossible de dire l'adresse de sa fille.

Pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, il y a deux ans, la malade avait un léger trouble de la cornée, qui perdit, en même temps que sa transparence, sa sensibilité. En outre, il existait une légère hyperémie de la conjonc-

tive, sans injection du cercle péri-kératique; la sécrétion de la muqueuse était abolie, la sensibilité nulle. L'iris avait une teinte jaunâtre ; la pupille était régulière, mais elle se dilatait péniblement sous l'influence de l'atropine. Tension du globe diminuée ; champ visuel normal. A ce moment, l'anesthésie de la peau et de toutes les muqueuses, de la moitié droite de la face, dans les points qui sont sous la dépendance de la branche ophthalmique de la cinquième paire, était complète; il y avait aussi anosmie marquée du côté droit. Au bout de quelque temps, il survint des ulcérations de la cornée; toute la partie supérieure de cette membrane devint le siége d'un pointillé ulcératif superficiel, tandis que le centre se creusa d'une vaste ulcération atteignant la face profonde de la cornée. Au bout d'une dizaine de jours, ces ulcérations disparurent, en laissant une coloration un peu opaque de cette membrane. Plus tard, vers le 23 décembre, de gros vaisseaux se dessinèrent au pourtour de la cornée transparente. Dans le mois de janvier, l'iris devint terne, tomenteux, le globe oculaire plus mou, et la peau de la face, rouge, comme bouffie ; bientôt la mortification de la cornée augmenta d'étendue, la conjonctive scléro-palpébrale se dessécha. Pendant toutes ces diverses périodes, les douleurs étaient très-vives.

Au mois de mars, la malade eut un érysipèle de la face, sans cause appréciable ; la peau, rouge, luisante, était parsemée de phlyctènes.

Pendant toute la durée de l'observation, la malade a eu par moments de ces altérations des parties innervées par la branche ophthalmique. La sensibilité revint cependant en partie, excepté aux régions frontales et palpébrales. Sur tout le pourtour de l'orbite, l'anesthésie était absolue.

C'est Magendie qui, le premier, a fait connaître les effets que produit sur l'œil la section du nerf trijumeau dans le

crâne ; c'est bien un fait analogue qui s'est produit chez la malade de l'observation CXXXIII. De plus, comme dans les expériences, le cristallin et l'humeur vitrée ont conservé leur transparence. On sait le débat qui s'est engagé entre MM. Schiff, Snellen, Longet, Cl. Bernard, Vulpian, etc., sur la question de savoir si les altérations de l'œil, en pareil cas, tenaient à la perte de sensibilité de la cornée, au desséchement de la conjonctive, aux troubles vaso-moteurs, etc. On a discuté aussi la cause de la différence entre les résultats de l'expérience, suivant que la section du nerf trijumeau était faite entre le ganglion de Gasser et la protubérance, ou au delà de celui-ci. En somme, comme le dit M. Vulpian, « la pathogénie des « troubles de la nutrition, observés à la suite de la section « intra-crânienne du nerf trijumeau, est très-obscure. Il « paraît certain qu'ils ne sont dus ni à une irritation des « fibres nerveuses coupées (sensitives, vaso-motrices), ni à « une paralysie des fibres vaso-motrices contenues dans le « nerf; mais ces éliminations faites, on se trouve en pré- « sence d'hypothèses sur la valeur desquelles on n'est pas « suffisamment éclairé. »

Où siége la lésion en pareil cas ? dans la protubérance, ou le bulbe rachidien dans le ganglion de Gasser, ou bien dans les branches nerveuses elles-mêmes ? Il est impossible de formuler une opinion à cet égard. On sait combien on est fréquemment déçu quand on précise un siége anatomique de ce genre.

Il y a même des cas dans lesquels la lésion qui donne naissance à ces troubles vaso-moteurs et trophiques échappe aux recherches nécroscopiques. L'observation suivante (Obs. CXXXIV) le prouve. Il s'est agi, dans ce cas, d'un *tic douloureux de la face*, qui a duré quinze ans ; l'autopsie est restée muette sur le siége et la nature de la lésion.

Le malade, âgé de 66 ans, commença à souffrir il y a

15 ans. Déjà tout jeune, à 16 ans, il avait eu très-mal aux dents, et celles-ci étaient tombées. Il fut pris, tout d'un coup, sans raison appréciable, de douleurs atroces dans la joue droite; il lui semblait qu'on enfonçait des couteaux dans cette joue. Au début, les douleurs revenaient tous les six mois, puis tous les cinq mois, puis tous les mois ; à son entrée à l'hôpital, elles venaient tous les jours, quand le malade se mettait à manger. Pendant son repas, en effet, il est pris d'accès douloureux; l'œil gauche se ferme et est agité de mouvements convulsifs; la joue s'élève ; les muscles de la face se contractent; les traits se dévient un peu à gauche ; la tête se fléchit en avant.

Tout le côté droit de la face est douloureux; il y a un point douloureux mentonnier; un autre, profondément situé au niveau du trou dentaire inférieur interne; la langue n'est pas douloureuse; la sensibilité de la face est partout conservée.

Pendant le court séjour du malade à l'hôpital, ces accès douloureux augmentent; le malade pousse des cris à chaque instant de la journée. Le 24 mars, neuf jours après son entrée au service, il est pris d'une attaque apoplectique, et il meurt, dans la soirée, avec une hémiplégie droite complète.

L'autopsie a montré des épaississements et des adhérences très-marquées de la pie-mère à la surface des circonvolutions. Les artères cérébrales étaient fortement athéromateuses. Dans l'hémisphère gauche, sur une coupe transversale, au niveau de l'insula de Reil, on trouva, dans le noyau extra-ventriculaire du corps strié, un foyer hémorrhagique, longitudinal, foyer récent, de trois à quatre millimètres de longueur. Ce foyer a largement décollé l'avant-mur. Dans les autres parties des ganglions centraux, il existait de l'état lacunaire.

Bien des hémorrhagies cérébrales ont eu ce siége, et

elles n'ont pas été accompagnées de tic douloureux de la face ; d'ailleurs, l'hémorrhagie a été un phénomène de la dernière heure.

La protubérance, le ganglion de Gasser, les branches de la cinquième paire, paraissent sains; malheureusement, l'examen histologique n'a pas pu être fait.

Il faut relever, dans cette observation, la coïncidence de l'hémorrhagie cérébrale et de l'athérome artériel, fait qui, comme on le sait, n'est pas aussi habituel qu'on l'avait cru.

— Ce dernier malade et la femme de l'observation précédente ont été traités par le bromure de potassium, à doses progressivement croissantes, jusqu'à dix grammes par jour. Le médicament n'a eu aucune influence sur les manifestations douloureuses. Il en a été de même du chloral, et de l'aconitine, en injections sous-cutanées. L'électrisation faradique seule procurait un peu de soulagement, et encore pendant un temps très-court.

Nous avons eu, dans le service, une autre femme atteinte d'une névralgie du dentaire inférieur, datant de six mois. La cautérisation du bord douloureux de la langue l'a bien guérie, tout au moins momentanément. Cette malade a été revue depuis cette époque. L'amélioration qui simulait une guérison n'a duré que quelques semaines. D'ailleurs, lorsqu'elle est venue dans le service en 1877, c'était la troisième fois que M. Vulpian la soignait. Les deux autres fois, il avait obtenu une amélioration des plus remarquables, en la traitant au moyen du bromure de potassium et du choral hydraté employés simultanément à très-hautes doses.

Dans ces cas, il s'agit peut-être de névralgie de cause centrale ; M. Vulpian, dans ses études sur les névralgies (cours de 1876), a cherché à prouver que souvent les névralgies sont de cause centrale. Bien des fois, devant les élèves de son service, il a insisté sur ce point de pathogénie si important.

OBSERVATIONS

Obs. CXXXII. — *Paralysie faciale par altération périphérique. — Troubles trophiques de la moitié de la langue du côté paralysé. — Abolition apparente de la contractilité faradomusculaire. — Persistance de la contractilité galvano-musculaire. — Amélioration progressive de la paralysie.*

Le nommé X... (malade venant du dehors), âgé de 31 ans, employé.

Renseignements. — Le malade, âgé de 31 ans, est employé de bureau.

Il n'a, jusqu'à ce jour, jamais été malade; depuis plusieurs années toutefois, il avait de violents maux de tête, qui survenaient au moindre excès et qui, très-souvent, étaient suivis de vomissement. Point de syphilis.

Sa grand'mère est morte d'un cancer du sein, et sa mère, atteinte d'une tumeur semblable au sein droit, a succombé un mois après l'amputation.

Le grand-père de X... est mort d'une hémorrhagie cérébrale; son père, à l'âge de 58 ans, eut une attaque apoplectique, suivie d'une hémiplégie persistante du côté droit; quatre ans plus tard, il succombe consécutivement à une seconde attaque.

Quant à X..., après des excès de coït auxquels il s'est livré, dit-il, aussitôt après le repas, chaque soir, pendant près d'un mois, il est pris le 6 avril, dans la matinée, d'une céphalalgie violente avec tendance à la syncope.

Il va néanmoins à son bureau, mais son travail est difficile. Il a perdu un peu la mémoire. Tout en ayant conscience de son erreur il écrit un mot, un chiffre pour un autre; sa main droite n'obéit plus à sa volonté, et cepen-

dant il n'y a jamais eu le moindre affaiblissement dans le membre supérieur droit.

Le soir, X... fait de nouveaux excès de coït, et le 7 avril, au réveil, il se plaint d'une céphalalgie gravative très-douloureuse et d'un engourdissement de la mâchoire inférieure.

Le lendemain, la lèvre inférieure est pendante et inerte; la commissure labiale gauche n'est que bien peu entraînée vers le côté gauche et un peu en haut.

Tout le côté droit de la face est lisse, uni, sans expression ; on n'y distingue plus ni sillons, ni saillies.

La narine droite, aplatie, est sèche.

L'œil du même côté reste ouvert, la paupière supérieure ne pouvant plus s'abaisser. Les larmes, de ce côté, coulent sur la joue ; — la conjonctive est légèrement injectée.

La parole n'est qu'un grognement ; X... ne peut plus articuler ; il n'arrive pas à se faire comprendre. Il lui est impossible de cracher, de siffler. Sa bouche, mal fermée, laisse couler la salive.

Les aliments, une fois mâchés, séjournent en partie dans les sillons gingivo-labiaux du côté droit. Le malade mord assez souvent la membrane muqueuse de la joue droite.

La langue, déviée à gauche, lorsque le malade la tire hors de la cavité buccale, est rouge et très-douloureuse à droite ; elle est recouverte, de ce côté, d'une éruption aphtheuse. Les amygdales sont rouges et tuméfiées ; la luette est déviée à gauche, et le voile du palais affaissé dans sa moitié droite.

X... constate un peu de surdité du côté droit et une diminution dans le goût.

Toutefois, la sensibilité tactile n'est nullement affaiblie dans toutes les parties du côté paralysé.

Le 8 et le 9 avril, l'état du malade est le même ; la douleur de la langue est si vive, que X... n'a pu dormir.

Il consulte le 9 dans l'après-midi.

On lui prescrit trois frictions par jour avec le baume de Fioraventi; 50 cent. d'iodure de potassium à chaque repas, et une mouche de Milan derrière l'oreille.

10 *avril.*—Fièvre violente ; toute la tête est douloureuse.

12 *avril.* — Purgation avec de l'eau de Sedlitz.

13, 14 *avril.* — La fièvre a diminué, mais la céphalalgie et la douleur de la langue persistent (collutoire boraté).

15 *avril.* — La langue pèle, dit le malade ; la fièvre, la céphalalgie disparaissent ; la parole est moins difficile ; mais la paralysie persiste, et, malgré six séances d'électrisation faradique et quatre frictions électriques à l'aide de la machine de Ramsden, le malade est à peu près dans le même état de paralysie.

Les courants faradiques sont douloureux, mais ne font aucunement contracter les muscles.

Etat actuel. 6 *mai.* — Homme brun, petit. Santé générale bonne. L'appétit paraît même plus développé qu'autrefois. Le sommeil est conservé. La parole est intelligible, quoique l'articulation des mots ne se fasse pas avec la facilité habituelle.

Le malade dit qu'il boit un peu plus qu'avant le début de l'affection.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Du côté des membres supérieurs, des membres inférieurs, on ne constate rien de particulier.

Face. — Lorsqu'on examine la face, on voit une différence très-tranchée entre le côté droit et le côté gauche.

A droite, les plis du front sont complétement effacés ; la peau est lisse ; le sillon naso-labial est abaissé et beaucoup moins marqué que de l'autre côté. — Très-légère déviation des commissures labiales, au repos. L'œil droit est un peu moins ouvert que le gauche.

La peau présente sa coloration normale.

Pas de troubles vaso-moteurs appréciables, ni de troubles de sensibilité ; le malade raconte que, quelquefois, il éprouve dans les régions sourcilière et malaire, ainsi qu'au menton, quelques élancements douloureux.

Rien de particulier à gauche.

Aussitôt que le malade parle, la commissure labiale gauche est entraînée du côté correspondant ; les muscles de la face, de ce côté seulement, participent au mouvement, ceux du côté droit restant immobiles.

Ces phénomènes sont surtout accentués quand le malade rit.

Quand on lui dit de fermer les yeux, la paupière supérieure de l'œil gauche seule obéit au mouvement, tandis que celle de l'œil droit reste entr'ouverte ; l'œil exécute, comme celui du côté gauche, un mouvement de rotation qui porte la cornée en haut et en dedans, de telle sorte que la sclérotique se voit dans l'hiatus restant entre les deux paupières. L'œil de ce côté est plus larmoyant que l'autre. La conjonctive est plus vascularisée qu'à gauche.

La langue, lorsqu'elle est projetée hors de la bouche, se dévie légèrement à gauche.

Le malade, d'après les renseignements qu'il donne, aurait une perversion de la sensibilité gustative dans la moitié droite de l'organe ; il n'y a plus d'affection de la muqueuse linguale.

Pas de déviation du voile du palais.

La luette occupe sa position normale.

Rien de particulier du côté des oreilles.

La narine du côté droit reste immobile.

Le sommet de la tête, du côté droit, est dépourvu de cheveux ; de ce côté, il existe, un peu en dehors de la ligne médiane, une sorte de sillon qui part de la racine du nez et que l'on suit jusqu'à la région pariétale.

Le front paraît un peu atrophié en ce point.

Examen électrique (fait par M. Vulpian). — Du côté droit, sous l'influence du courant induit, on n'obtient aucune contraction des muscles de la face. Il est impossible de démêler si la sensibilité électrique est conservée dans ces muscles.

Avec ce même courant, mais plus faible, on produit de l'autre côté des contractions énergiques.

15 *mai.* — *Examen de la sensibilité gustative.* — Un grain de sel, posé sur le côté droit de la langue, même lorsque le malade l'applique contre le palais pour mieux goûter, ne donne lieu à aucune sensation. A droite, il est très-bien senti, et le goût salé est bien reconnu.

25 *mai.* — 2e *examen électrique* (fait par M. Vulpian). — Les courants continus font contracter les muscles paralysés avec un minimum de cinq éléments.

Ils se contractent plus énergiquement que ceux du côté sain, à excitation égale. Le malade sent moins l'excitation du côté malade.

Les courants induits forts ne font pas contracter les muscles paralysés, alors que les précédents, même avec l'intensité minimum, citée plus haut, les font contracter énergiquement.

Après cette séance d'électrisation, on constate une rougeur très-marquée de tout le côté gauche de la face, tandis que le côté malade reste pâle et ne présente pas la moindre trace de troubles vaso-moteurs.

Traitement. — Le malade vient se faire électriser tous les jours avec la machine à courants induits (séance de quelques minutes de durée). Il prend en même temps une petite quantité d'iodure de potassium chaque jour (0,50, puis 1 gramme).

Au bout d'un mois environ, le malade fait mieux aller sa mâchoire ; la parole est moins gênée, et quelques muscles de l'angle naso-génien entrent volontairement en

contraction, particulièrement le transverse du nez, ce qui n'avait pas lieu auparavant.

Ce malade a été obligé de retourner dans son pays. Il nous a écrit, en date du 30 septembre 1877. A cette époque, il n'était pas encore guéri. Il s'était soumis, pendant quelques semaines, à l'action des courants galvaniques. Il lui a semblé que ces courants avaient nettement amélioré son état. Plus tard, il serait revenu à l'emploi des courants induits, saccadés. Il y aurait eu, à un moment, un peu de contracture de certains des muscles qui ont été paralysés; puis la contracture a cédé peu à peu, et les mouvements volontaires ont reparu, mais ils n'offraient pas encore, à la date susdite, l'étendue et la force qu'ils ont dans l'état normal.

Remarques. — On s'est demandé quel était le siége de la lésion du nerf facial, chez ce malade. Il n'est pas douteux, d'après M. Vulpian, que l'on constatait chez lui les signes d'une paralysie dite périphérique, c'est-à-dire produite par une lésion atteignant le nerf soit dans ses noyaux d'origine bulbaire, soit dans son trajet entre ces noyaux et le ganglion géniculé. Mais il y a eu, au moment même où se manifestait la paralysie, et même dès l'avant-veille, une céphalalgie violente et quelques troubles intellectuels, entre autres une diminution de la mémoire. Et il y avait encore, en septembre 1877, au dire du malade lui-même, un peu d'alourdissement intellectuel. En outre, l'articulation des mots avait été difficile, presque impossible au début, puis les mouvements de la mâchoire inférieure avaient été eux-mêmes affaiblis. M. Vulpian a donc pensé que ce n'était point là un cas simple de paralysie faciale de cause périphérique : suivant lui, il y a eu, probablement en même temps qu'une lésion des noyaux d'origine des nerfs facial et trijumeau (surtout du nerf masticateur) du côté gauche, dans le bulbe rachidien et la protubérance annulaire, une

altération du cerveau proprement dit. Si cependant la pathologie ou la physiologie expérimentale avait démontré qu'une lésion de l'écorce cérébrale, dans un point déterminé, peut donner lieu à une paralysie faciale avec affaiblissement et même abolition apparente de la contractilité faradique des muscles du même côté, on aurait été autorisé, suivant M. Vulpian, à faire dépendre d'une lésion corticale de ce genre tous les phénomènes observés.

Obs. CXXXIII. — *Névralgie de la branche ophthalmique du nerf trijumeau du côté droit. — Troubles trophiques de la peau de l'orbite, de la cornée, etc. — Anesthésie. — Inefficacité du traitement par l'iodure de potassium, les hautes doses de bromure de potassium et de chloral, l'aconitine.*

X..., 48 ans. Entrée le 18 octobre 1875 à l'hôpital de la Charité (service de M. Trélat).

Antécédents. — Cette femme a eu 3 enfants et une fausse couche. — En outre, elle a été atteinte d'une entérite, il y a quelques années; fièvres intermittentes à l'âge de 25 ans. Aucun des renseignements qu'elle donne ne conduit à l'hypothèse d'une syphilis plus ou moins ancienne.

Bien réglée depuis l'âge de 14 ans, elle a cessé d'avoir ses règles en janvier 1875. Trois mois après, au commencement d'avril, la moitié droite de la face se tuméfie et devient le siége, alternativement, de chaleur et de froid, et en même temps de douleurs excessivement vives, spontanées, surtout dans la région sus-orbitaire.

La malade constate aussi une diminution persistante de la sensibilité dans toute cette région. Ayant consulté un médecin, elle suivit un traitement à l'iodure de potassium pendant les six mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital. En même temps apparurent les premiers troubles de la vision. Subitement, la vue était obscurcie par des brouillards qui disparaissaient rapidement; mais, à cette époque,

il n'y avait pas encore trace de lésions appréciables de l'œil.

Enfin, dans les premiers jours de novembre, elle fut prise tout à coup, dans une promenade, d'embarras de la parole. Il lui était impossible, dit-elle, de dire l'adresse de sa fille, chez laquelle elle voulait se rendre, tandis qu'elle prononçait bien tous les autres mots; cet état persista une demi-journée.

Etat actuel. — Femme âgée de 48 ans; pas d'émaciation bien manifeste. On ne constate pas d'expression habituelle de souffrance; il n'y a ni déviation des traits, ni mouvements spasmodiques de la face. L'examen de la malade, à son entrée à l'hôpital, permet de constater que l'œil gauche est sain; au contraire, on remarque, du côté droit, un léger trouble diffus, superficiel, de la cornée, qui a perdu sa transparence et sa sensibilité.

Légère hyperémie de la conjonctive sans injection du cercle périkératique. Sensibilité de cette muqueuse abolie; sécrétion notablement diminuée.

L'iris a une teinte jaunâtre; la pupille est régulière, mais se dilate péniblement par l'atropine. La tension du globe est diminuée. Champ visuel normal.

L'examen à l'ophthalmoscope ne révèle rien d'anormal dans les milieux et dans les membranes profondes de l'œil.

L'orbiculaire des paupières, le releveur de la paupière supérieure, les muscles de l'œil sont tous sains.

L'anesthésie de la peau et des muqueuses sous la dépendance de la branche ophthalmique du nerf trijumeau droit est complète. Il y a aussi une anosmie marquée, du côté droit. Les mouvements de diduction de la mâchoire inférieure sont difficiles. La malade souffre continuellement dans la profondeur de l'orbite, au pourtour de l'œil, au niveau de l'os malaire. La souffrance est continue; de plus, la douleur est exacerbante. — Par instants, en effet il

se produit de violents élancements douloureux, soit dans l'œil, soit sur le pourtour de l'orbite. — Au niveau de l'os malaire, du trou sous-orbitaire, aux échancrures du frontal, on provoque, par la pression, une vive douleur.

Pendant ces crises douloureuses, la conjonctive rougit, la cornée devient comme trouble, et la sécrétion des larmes est considérablement augmentée.

Les accès névralgiques se produisent jour et nuit; quelquefois, ils empêchent tout sommeil. Ces accès, qui se répètent vingt fois, trente fois, quelquefois plus, sont si douloureux, que souvent ils arrachent des cris à la malade. Lorsque la névralgie a été violente pendant la nuit, les paupières, surtout l'inférieure, sont, au matin, un peu œdémateuses.

La santé générale est assez bonne. — L'examen des organes thoracique et abdominaux ne révèle rien d'anormal. Urine normale.

Traitement. — On institue, comme essai, le traitement mercuriel spécifique. — Au bout d'un mois, il n'avait produit aucun résultat. La cornée transparente de l'œil droit est exulcérée par points.

18 *novembre* 1875. — Vésicatoire à la région sus-orbitaire.

La sérosité du vésicatoire ayant coulé dans l'œil, au moment du pansement, il y a une assez vive irritation des membranes oculaires.

19 *novembre.* — L'irritation oculaire de la veille a complétement disparu. L'œil offre le même aspect qu'avant l'accident. Toute la partie supérieure de cette membrane est le siége d'un pointillé ulcératif superficiel, tandis que le centre est creusé d'une vaste ulcération qui atteint les couches profondes de la cornée. La paupière supérieure est tuméfiée; mais la malade n'accuse aucune gêne, aucune douleur.

On fait des instillations d'atropine et la compression permanente.

20 *novembre.* — Même état, même traitement.

21 *novembre.* — Les ulcérations, moins celle du centre, marchent vers la réparation.

24 *novembre.* — Le pointillé ulcératif a complétement disparu; l'ulcération centrale existe seule, mais elle diminue d'étendue et de profondeur.

Du 24 novembre au 9 décembre, pas de modification sensible; on voit alors l'ulcération centrale guérie, et à sa place, comme à la place du pointillé, une coloration opaque, nacrée, de la cornée.

On modifie ainsi le traitement : collyre au borax; courants continus contre les douleurs. Le 15 décembre, la cornée avait repris sa transparence.

Jusqu'au 23 décembre, rien de nouveau; la sensibilité de la conjonctive commence à revenir.

A partir du 23 décembre, de gros vaisseaux sont vus sur le bord de la cornée. Ils envahissent rapidement toute la surface de cette membrane.

Le 1er janvier 1876, on apercevait un petit infarctus hémorrhagique au pourtour de la cornée transparente. Toute la partie inféro-externe de cette membrane est grisâtre, opaque, et a l'aspect d'un verre dépoli.

Le 8 janvier, il y eut une mortification de la muqueuse de l'aile droite du nez.

L'aspect vitreux de la cornée s'accentue; toute la zone opaque s'entoure d'un cercle ulcératif plus marqué en dehors, de sorte que le centre est fermé par une petite eschare. L'iris devient terne, tomenteux; la pupille se resserre, malgré l'atropine. Le globe de l'œil est plus mou. La mortification augmente d'étendue; les parties saines de la cornée sont un peu moins brillantes que de coutume. Toute la face colorée est rouge et bouffie.

10 *mars.* — La nécrose fait des progrès; la conjonctive scléro-palpébrale est desséchée.

15 *mars.* — Le globe devient encore plus mou, et il diminue de volume.

17 *mars.* — Les douleurs sont très-vives. La sensibilité est revenue, excepté aux régions frontale et palpébrale, qui restent insensibles. On pratique, au pourtour de l'orbite, des frictions à l'onguent napolitain.

18 *mars.* — L'iris est de plus en plus terne; l'eschare de la cornée tombe; puis, dès ce moment, il y a un commencement de réparation de la membrane, sans que la sensibilité soit modifiée.

C'est alors qu'au milieu du mois de mars, la malade fut atteinte d'un érysipèle de la face. Cet érysipèle survint sans cause appréciable. Il débuta à droite, envahit le nez, le front, la joue gauche. La température arriva d'emblée à 40°. Cet érysipèle était phlycténoïde; il dura quelques jours seulement.

L'œil ne fut pas influencé par l'érysipèle. A cette époque, la sensibilité reparut un peu au menton.

Rien de notable en avril et mai, sinon les douleurs circum-orbitaires, douleurs vives, combattues par l'onguent gris et l'électricité.

Dans les premiers jours de juin, nouvel érysipèle, débutant à droite. Fièvre avec 40°, pendant 8 jours. Phlyctènes; cuir chevelu envahi; guérison.

Trois jours après, nouvelle poussée érysipélateuse, toujours phlycténoïde; elle dure encore 8 jours.

A la suite de ces accidents, les troubles de la cornée reparaissent dans les mêmes points.

La sensibilité tend à revenir au-dessous du globe oculaire droit; mais, depuis ces accidents, la malade est sujette à des bouffées de chaleur, de ce côté de la face. Il y a également du gonflement du nez et de la joue.

Soumise à l'électricité à courants interrompus, la malade éprouve un mieux sensible.

Elle entre dans le service de M. Vulpian dans le mois de janvier 1877. Pendant les premiers jours qui suivirent celui de son entrée, la malade eut des alternatives de mieux et de plus mal, mais ne présenta rien de particulier.

Jusqu'au mois de mars, l'électricité n'a pas été appliquée ; les troubles de l'œil ont reparu. Aujourd'hui (avril), elle présente encore sur la cornée une opacité assez étendue, et la vue est très-affaiblie.

Les douleurs sont devenues plus fortes dans tout le côté droit de la face.

On donne du bromure de potassium à la dose de 6 grammes, et on le pousse jusqu'à 8 et 10 grammes. Les douleurs diminuent de temps en temps, puis reprennent de nouveau. On n'a d'ailleurs pas pu prolonger longtemps l'emploi de ce sel. Dès qu'on atteignait la dose de 8 ou 10 grammes par jour, il se produisait un affaiblissement considérable et une tendance très-marquée à la démence. La démence a été même très-manifeste, à deux reprises, après dix à douze jours d'ingestion quotidienne de 4 grammes de bromure. Affaissement cérébral, agitation légère et délire d'action pendant la nuit, défécation et miction à terre, etc. La suspension du médicament a été suivie du retour des facultés intellectuelles au bout de 2 ou 3 jours.

On supprime le bromure de potassium pour donner du chloral, puis de l'iodure de potassium.

L'état de la malade reste le même ; la vue seule s'améliore.

A la fin de juin, elle eut une nouvelle poussée du côté de l'œil ; il existait alors une kérato-conjonctivite intense, qui disparut assez vite sous l'influence de l'action d'un collyre au borax.

L'électricité est également appliquée et ne donne pas de grands résultats.

Chez cette malade, on a aussi essayé, mais sans succès, le salicylate de soude en potion à la dose de 4, 6, 8 grammes et l'aconitine en injections sous-cutanées dans la région temporale. Au mois d'août, il n'y avait guère de modification dans l'état local, ni dans l'état général.

Obs. CXXXIV. — *Tic douloureux de la face, datant de quinze ans. — Accès douloureux se rapprochant de plus en plus jusqu'à devenir continus. — Attaque apoplectique. — Hémorrhagie cérébrale. — Mort rapide. — Autopsie.*

Le nommé Champion, âgé de 65 ans et 6 mois, maréchal ferrant, entré le 15 mars 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 22.

Renseignements. — Ce malade dit s'être toujours bien porté.

Vers l'âge de 14 ans, il eut, dans le Berry, des fièvres intermittentes qui durèrent trois mois; elles ne se sont pas reproduites.

Il reconnaît avoir bu souvent avec excès, surtout du vin. Pas d'antécédents syphilitiques. Rien à noter du côté des parents.

Il est marié et père d'une fille parfaitement bien portante.

Jamais d'accidents rhumatismaux, quoique son métier le prédispose aux refroidissements brusques.

Dès l'âge de seize ans, il avait souvent mal aux dents; une grande partie de celles-ci étaient cariées; les autres se déchaussèrent presque toutes; il en fit arracher un certain nombre, et il ne lui en reste presque plus.

Il y a 15 ans, sans raison appréciable, il fut pris tout à coup, dans la joue gauche, de douleurs atroces; il lui semblait qu'on lui enfonçait des couteaux dans cette joue.

En même temps, il lui était absolument impossible d'ouvrir la bouche, si ce n'est en employant les deux mains;

c'était en procédant ainsi qu'il pouvait ingurgiter quelques cuillerées de bouillon. Ces douleurs, s'exaspérant plusieurs fois par jour, durèrent huit jours.

Son œil gauche clignait un peu, dit-il, pendant les crises.

Un mois après, ces crises le reprirent et furent bientôt arrêtées par des applications de vésicatoires sur la joue et du sulfate de quinine à l'intérieur.

Au bout de quelque temps, les accès le reprirent encore, et, à partir de ce moment, ils revinrent tout les cinq mois environ.

Puis ils se rapprochèrent, survinrent tous les trois mois, tous les deux mois, tous les mois et enfin tous les quinze jours.

Les clignements de l'œil s'accentuèrent de plus en plus, et enfin, depuis 5 ou 6 ans, la face est grimaçante du côté gauche.

L'œil gauche commence à larmoyer, et ce larmoiement alla en augmentant.

Jamais il ne ressentit de douleur dans la partie droite de la face; jamais il ne vit cette région se contracter, grimacer convulsivement comme la gauche.

Depuis le mois de septembre dernier, la douleur, intermittente jusqu'alors, s'établit en permanence à gauche, ainsi que les grimaces convulsives et le larmoiement de ce même côté.

Tous les jours, depuis cette époque, il est pris de quatre à cinq accès épouvantables comme intensité de douleurs; la durée de ces accès varie, d'après son dire, entre quelques secondes et deux ou trois minutes. Ces accès viennent surtout quand il mange, et c'est avec frayeur qu'il commence ses repas, malgré son excellent appétit.

La douleur continuant et augmentant même, les accès douloureux devenant plus fréquents, il entra à l'hôpital le 15 mars 1877.

Etat actuel. — C'est un homme un peu vieux pour son âge, légèrement amaigri. Son visage présente une vague expression de tristesse et d'anxiété ; les traits sont un peu tirés à gauche.

L'œil gauche, un peu plus fermé que le droit, est le siége d'un clignement fréquent et d'un écoulement continuel de larmes.

On constate, par moments, à gauche, des mouvements choréiformes, dans le peaucier, les muscles de la face, l'orbiculaire. Les cheveux et la barbe présentent la même coloration à droite et à gauche.

Pendant que nous l'interrogeons, le malade se met à manger, quoique avec une grande appréhension, et il nous avertit que ses crises vont survenir. En effet, pendant son repas, qui dure environ un quart d'heure, il est pris de trois accès douloureux de quelques secondes chacun.

L'œil gauche se ferme et est agité, par moments, de mouvements convulsifs ; la joue s'élève, les muscles de la face se contractent, les traits se dévient un peu à gauche.

Le malade ferme l'œil droit volontairement ; il ferme aussi la bouche, il n'ose plus manger ; la tête est fléchie en avant et à gauche, les mains portées vers la figure, la face un peu congestionnée. Le malade demeure ainsi quelques secondes dans une angoisse excessive. Puis tout cesse, et, sauf une douleur continue, mais beaucoup plus légère dans la joue gauche (c'est plutôt une sensation de tension), le malade ne ressent plus rien.

Le malade se remet à manger, et cet accès douloureux le reprend encore deux fois en notre présence.

Le siége de la douleur permanente est à gauche, et le malade la limite parfaitement, dans l'espace compris dans le tracé suivant : ligne tirée de la partie supérieure de l'articulation temporo-maxillaire gauche à l'angle externe de l'œil, puis suivant la bordure inférieure de la paupière

supérieure jusqu'à l'angle interne de l'œil. De là, la ligne s'étend le long du sillon naso-labial jusqu'à la commissure gauche, puis la moitié du bord supérieur de la lèvre inférieure jusqu'à la partie médiane de cette lèvre inférieure; elle descend alors verticalement jusqu'à la symphyse du menton, pour suivre d'avant en arrière le bord inférieur du maxillaire inférieur jusqu'à l'angle, et remonter ensuite jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire, en longeant le bord postérieur de la branche montante.

De plus, toute la partie interne, muqueuse, de la joue et de la bouche, répondant à ce tracé, est douloureuse. La langue n'est pas le siége de névralgie.

Quant à la douleur d'accès, elle part au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche et s'irradie dans les régions précitées. A la pression, on constate nettement, à gauche, un point mentonnier douloureux, et un autre excessivement douloureux au niveau de l'épine de Spyx. On le produit en introduisant le doigt dans la bouche du sujet. Pas de point sous-orbitaire. Pas de douleurs d'aucune sorte dans la langue.

La sensibilité de la face est partout absolument intacte.

Depuis quelque temps, le malade voit la vue et l'ouïe s'affaiblir un peu du côté gauche.

L'intelligence est intacte; le malade dort bien, et, couché dans une attitude spéciale, n'est jamais réveillé par des accès douloureux.

Rien de particulier dans la contractilité et la sensibilité des membres supérieurs et inférieurs.

Le malade dit avoir beaucoup maigri depuis trois ans.

Légère déformation dans la partie latérale gauche du thorax, partie où il a reçu autrefois un coup de pied de cheval.

Le murmure vésiculaire est amoindri à gauche.

Le cœur est un peu hypertrophié; irrégularités notables;

faux pas du cœur. Pas de souffle, mais bruit de galop. Les radiales sont flexueuses et athéromateuses.

Foie. Sain. — *Rate.* Saine. — *Urine.* Normale. — L'appétit est excellent.

Traitement (16 mars). — M. Vulpian ordonne : bromure de potassium, 8 grammes.

20 *mars.* — Le malade a pris, chaque jour, 8 grammes de bromure de potassium. Le tic douloureux augmente et en intensité et en durée. Le malade se réveille la nuit. Suppression du bromure de potassium. Pilules à 0 gr. 0005 (deux, puis trois, puis quatre par jour) d'atropine. Electrisation des muscles du côté gauche, qui ne répondent nullement aux courants interrompus dans les parties douloureuses.

22 *mars.* — Les accès douloureux augmentent; le malade pousse des cris à chaque instant de la journée.

24 *mars.* — Il est pris subitement, vers cinq heures du soir, d'une hémiplégie droite complète. Toute la partie droite est dans la résolution et complétement insensible. Coma absolu. Pas de contracture.

La déviation de la face, à gauche, est beaucoup plus marquée qu'auparavant. Évacuations involontaires. Le coma continue.

25 *mars.* — Le malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — *Cavité crânienne. Cerveau.* — Rien d'apparent à l'extérieur, si ce n'est, à la face externe, au niveau de la première circonvolution frontale, en avant de la scissure de Rollando, une légère teinte hortensia des deux côtés, mais surtout appréciable à gauche.

La pie-mère est injectée et adhérente sur la face externe du cerveau.

Les branches superficielles, pariétales et frontales de la sylvienne sont très-adhérentes, surtout du côté droit; elles sont très-athéromateuses.

Plexus choroïdes congestionnés.

A la coupe, on voit, à la face interne de l'écorce grise des circonvolutions, une teinte hortensia assez accentuée.

Lobe cérébral gauche. — Sur une coupe transversale, on rencontre, immédiatement au-dessous de l'insula de Reil, en dedans de l'avant-mur, dans le noyau extra-ventriculaire du corps strié, un petit foyer hémorrhagique longitudinal de 3 à 4 millimètres de longueur et de 1 centimètre de profondeur; il a coupé les fibres de la capsule interne et décollé l'avant-mur. Ce foyer est rouge ; il contient un caillot récent. Autres parties : normales.

Lobe cérébral droit. — On remarque, de ce côté, de petits pertuis lacunaires dans le corps strié. Pas d'autres lésions.

Le cerveau tout entier, et la substance blanche en particulier, sont parsemés de ces lacunes.

Les artères vertébrales, et toutes les artères du cerveau en général, sont athéromateuses ; les frontales constituent un tuyau rigide.

A l'œil nu, le bulbe, la protubérance, le cervelet, ne présentent rien de spécial à noter. Il en est de même sur les coupes. Les ganglions de Gasser et les deux nerfs trijumeaux ont un aspect normal.

Cavité thoracique. — Le tissu musculaire du cœur est mou, flasque. Plaques de péricardite anciennes. Pas de lésions d'orifices. Les artères coronaires sont très-athéromateuses.

Très-peu d'athérome à l'origine de l'aorte. A la bifurcation, au niveau de la naissance de l'iliaque interne et externe, l'aorte présente un rétrécissement athéromateux qui semble obstruer presque complétement l'iliaque interne.

Les *poumons* sont congestionnés et emphysémateux; pas de productions néoplasiques.

Cavité abdominale. — Le foie, la rate et les reins sont très-congestionnés. Pas de lésions appréciables.

L'autopsie n'a pas pu être complétée par une dissection des branches du nerf trijumeau jusqu'à leur périphérie, ni par un examen microscopique de ces branches. La protubérance annulaire et le bulbe n'ont pas été emportés, comme on l'avait indiqué, pour être soumis à des recherches ultérieures, après durcissement convenable.

SECTION III. — MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DES ENVELOPPES.

ARTICLE PREMIER.

A. — **Méningo-myélite sub-aiguë.**

Les méninges rachidiennes peuvent, isolément, sans que la moelle participe d'une façon très-notable au processus, être atteintes d'inflammation ; celle-ci occupe ou toutes les membranes à la fois, ou une d'entre elles séparément; les termes de pachy-méningite, arachnitis, pie-mérite et mieux lepto-méningite, répondent à ces diverses variétés du siége de l'inflammation. Le plus souvent, lorsqu'il s'agit de la lepto-méningite spinale, le nom de méningo-myélite s'impose au clinicien, car les symptômes de la maladie ne peuvent en général s'expliquer qu'en admettant que la moelle épinière est elle-même, à un certain degré, le siége d'une irritation inflammatoire plus ou moins superficielle.

La méningite spinale aiguë ou subaiguë frappe habituellement, toutes les deux ensemble, l'arachnoïde et la pie-mère, et les couches superficielles de la moelle épinière. Produite quelquefois par le traumatisme, les tumeurs, les irritations de la moelle, elle se rencontre encore dans le cours de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de l'érysipèle, du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, etc. Dans une autre ordre d'idées, le froid, les

efforts musculaires excessifs ou prolongés en sont aussi les causes indiscutables. Chez le malade de l'observation CXXXV, il s'est agi probablement d'une atteinte rhumatismale des enveloppes de la moelle et de ce centre nerveux.

Le malade, âgé de 34 ans, a toujours été bien portant; il exerçait la profession de boulanger, profession pénible, dans laquelle les ouvriers sont exposés à de fréquents refroidissements. Le 1er mars dans la matinée, en revenant de travailler, il se sentit mal à l'aise; presque aussitôt, il eut un violent frisson qui dura cinq heures; ce frisson fut suivi d'une chaleur très-vive et de sueurs abondantes. Dès le soir de ce jour, le malade éprouva une douleur lombaire très-intense; elle était assez forte pour lui arracher des cris quand on remuait son lit.

Les jours suivants, la fièvre ne reparut plus; mais la douleur persista toujours, continue, exacerbante par moments; elle occupait les lombes, et elle s'irradiait dans les cuisses.

Ces douleurs existaient depuis sept semaines, tantôt violentes, tantôt plus faibles, quand le malade se décida à entrer à l'hôpital. A cette époque, 23 avril, les douleurs étaient localisées de chaque côté de la colonne lombaire, au niveau du sacrum. Dans cette région, la pression était très-douloureuse; la douleur était plus vive à gauche qu'à droite; irradiations douloureuses dans les cuisses; sensibilité intacte; la marche était difficile, à cause des douleurs. Il y avait encore de temps à autre un léger état fébrile.

Au bout de quelques jours, le malade maintenait sa cuisse gauche demi-fléchie. Quand on voulait l'étendre, il souffrait beaucoup dans les lombes. Un peu plus tard, les douleurs des cuisses disparurent, et elles se fixèrent au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche.

On appliqua des ventouses scarifiées; on mit des vésicatoires. Le 2 mai, il survint une douleur en ceinture, au

niveau de l'ombilic, et des contractions fibrillaires dans les masses musculaires de la région antérieure de la cuisse. Il y eut aussi, à cette époque, de la rétention d'urine qui dura trois jours.

Tous ces phénomènes, dans l'espace de trois mois, ont été tantôt s'aggravant, tantôt s'améliorant; ils ont toujours prédominé à gauche.

M. Vulpian, en présence de ces variations des symptômes, porta d'abord, sous toute réserve, le diagnostic rhumatisme aigu des méninges rachidiennes, ou méningo-myélite aiguë légère. Après quelques jours d'examen, il n'avait plus de doute et affirmait l'existence d'une méningo-myélite probablement de cause rhumatismale.

C'est dans des cas semblables que le diagnostic est parfois très-difficile, et que l'affection méningée peut être confondue avec les arthrites rhumatismales ou blennorrhagiques de la colonne vertébrale. M. Vulpian a insisté bien souvent sur ces faits.

OBSERVATION

Obs. CXXXV. — *Méningo-myélite sub-aiguë.*

Le nommé C... Louis, âgé de 34 ans, boulanger.

Entré le 23 avril 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 13.

Renseignements. — Le malade ne présente rien de particulier à noter au point de vue de l'hérédité. Il n'a jamais été atteint d'une affection grave quelconque. Il n'a pas eu de rhumatisme caractérisé, sous une forme ou sous une autre.

Le 1er mars au matin, en sortant de son travail, il se sentit mal à l'aise; il fut presque aussitôt pris d'un frisson, qui dura depuis six heures du matin jusqu'à une heure de

l'après-midi. Ce frisson fut suivi d'une chaleur très-vive et ensuite de sueurs abondantes. Le médecin, qu'il vit ce jour même, lui aurait prescrit 5 pilules contenant chacune 0 gr. 10 de sulfate de quinine; le lendemain, dans la journée, 4 pilules, et le soir 3 pilules; la fièvre disparut.

Dès le soir du 1er mars, le malade avait éprouvé une douleur lombaire très-intense, au point de ne pouvoir se retourner dans son lit; il poussait des cris lorsqu'il était obligé de se déplacer. La cessation de la fièvre, sous l'influence du sulfate de quinine, ne coïncida pas avec une amélioration sous le rapport de la douleur. Cette douleur persista, toujours continue, exacerbante. Le maximum de la douleur siégeait aux lombes et dans les cuisses; jamais il n'y a eu de paralysie véritable des membres inférieurs, mais seulement un peu de faiblesse.

Au bout de sept semaines, voyant que son état persistait, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

23 *avril. État actuel.* — Homme assez grand, très-maigre. Sa figure exprime la souffrance. La peau est pâle, sèche. — T. A. : 38°,5. Appétit presque nul. Le sommeil est interrompu par des douleurs incessantes. — Celles-ci sont localisées au niveau du sacrum. La pression y est très-douloureuse, surtout à gauche de la colonne vertébrale. Irradiation douloureuse dans les cuisses.

Légère parésie des membres inférieurs. La marche est difficile, surtout à cause des douleurs. La sensibilité est intacte. L'amaigrissement des membres inférieurs est assez prononcé, mais il faut remarquer que cet amaigrissement est général; il existe aux membres supérieurs, au tronc, à la face, comme aux membres inférieurs. — Ces derniers sont fréquemment le siége de contractions fibrillaires assez intenses.

Tous les organes sont sains. — Souffle doux au premier

temps, dans les vaisseaux du cou. — Urine normale. — La miction est facile.

24 *avril.* — Le malade maintient sa cuisse gauche demi-fléchie. L'extension lui cause une très-vive douleur aux lombes. La flexion est involontaire et se fait malgré le malade, qui ne peut pas maintenir sa cuisse étendue. T. A. : 38°,1. L'appétit est toujours très-médiocre.

La douleur paraît siéger dans les articulations sacro-iliaques, surtout dans celle du côté gauche. Les douleurs des cuisses ont disparu.

M. Vulpian diagnostique une méningo-myélite subaiguë.

Traitement. — Ventouses scarifiées : cinq de chaque côté de la colonne vertébrale, sur la région dorsale inférieure et la région lombaire supérieure. Sulfate de quinine : 1 gramme en 2 paquets.

Le lendemain, il y a une amélioration notable. Les douleurs sont beaucoup moins vives.

Cette amélioration ne dure pas. Trois jours après l'application des ventouses, les douleurs ont repris leur intensité première et tendent même à devenir plus vives encore.

2 *mai.* — Douleur en ceinture très-vive au niveau de l'ombilic. Quelques contractions fibrillaires dans les masses musculaires de la région antérieure de la cuisse.

En même temps, rétention d'urine ; elle persiste trois jours, pendant lesquels on est obligé de sonder le malade. T. A. : 37°,8. Les douleurs lombaires sont toujours vives. Urine normale. Vésicatoires sur la même région que la première fois.

15 *mai.* — Douleurs vives dans la région lombaire inférieure et sur les côtés de la région sacrée supérieure, surtout à gauche. Ventouses scarifiées sur la région lombaire.

16 *mai.* — Amélioration. Les douleurs sont moins vives. L'amélioration est encore de très-courte durée.

Les jours suivants, des contractions fibrillaires assez intenses se produisent encore, mais à intervalles irréguliers. Chaque fois que ces contractions se manifestent, la douleur lombaire augmente d'intensité.

25 *mai.* — Application de 12 pointes de feu, à l'aide du thermo-cautère Paquelin sur la partie inférieure de la région dorsale et la partie supérieure de la région lombaire, des deux côtés de la colonne vertébrale.

26 *mai.* — Amélioration. Douleurs moins vives. Le malade peut faire quelques pas autour de son lit en se tenant aux barreaux.

28 *mai.* — Les douleurs ont reparu presque aussi vives, et, avec elles, l'impossibilité de se tenir debout.

29 *mai.* — Application de 12 pointes de feu dans la même région.

29 *mai.* — Amélioration.

1er *juin.* — Les symptômes reparaissent : tous les phénomènes, douleurs, contractions fibrillaires, sont plus marqués à gauche. On donne : iodure de potassium, 1 gramme, à prendre dans un quart de verre d'eau, immédiatement après le déjeuner; vin de quinquina.

5 *juin.* — L'appétit est un peu revenu. Les douleurs lombaires persistent encore, ainsi que la douleur en ceinture. T. A. : 37°,1. On continue l'iodure de potassium. Nouvelle application de pointes de feu.

10 *juin.* — Les douleurs ont diminué d'intensité. Amélioration progressive de l'état général. Il semble y avoir un peu d'atrophie des muscles de la cuisse gauche; mais la mensuration ne donne pas de résultats bien nets. En tout cas, la contractilité musculaire est tout à fait intacte. M. Vulpian prescrit des injections sous-cutanées de 1 centigramme de morphine dans les masses sacro-lombaires, alternativement à droite et à gauche.

Le malade, à la fin du mois, part en convalescence pour

Vincennes. Son état général était très-amélioré. La marche était redevenue possible ; cependant la fatigue était rapide. — Les douleurs lombaires se produisaient encore quelquefois, mais très-atténuées.

Remarque. — M. Vulpian, depuis qu'il a donné ses soins à ce malade, a eu à traiter d'autres cas plus ou moins analogues. Dans un cas où la cause était très-manifestement rhumatismale, et où l'affection méningo-myélitique ne datait que de 10 jours, l'emploi du salicylate de soude à la dose de 6 à 8 grammes a produit des effets rapides. Tous les symptômes ont diminué très-notablement d'intensité en deux ou trois jours. La guérison a été d'ailleurs activée ultérieurement par l'application de pointes de feu sur la région rachidienne, d'où irradiaient les douleurs. Dans un cas datant de 5 mois, l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur et l'application de pointes de feu sur la région douloureuse de la colonne vertébrale ont aussi eu pour résultat une amélioration des plus promptes.

B. — Méningite chronique.

La méningite chronique, cérébrale ou spinale, ou cérébro-spinale, est une affection relativement commune, mais dont le diagnostic est entouré de tant de difficultés, qu'on hésite toujours, comme le fait remarquer M. Vulpian, à le porter.

Les méninges sont envahies par l'inflammation chronique sur une étendue plus ou moins grande; la lésion inflammatoire peut être limitée à la dure-mère, face externe ou face interne, à l'arachnoïde, à la pie-mère, ou bien elle occupe ces trois membranes à la fois.

Les lésions consistent en des épaississements plus ou moins considérables, le plus souvent visibles à l'œil nu; d'autres fois, ils ne sont reconnaissables qu'à l'examen

histologique. Le tissu nouveau est dense, fibroïde, ou grisâtre et vascularisé; la cavité arachnoïdienne, dans certains cas, est complétement oblitérée. M. Vulpian, à ce propos, faisait remarquer que les obstacles apportés au déplacement du liquide céphalo-rachidien, par la disparition de la cavité séreuse arachnoïdienne, devaient probablement, dans certaines conditions, exercer une influence plus ou moins notable sur le fonctionnement des centres encéphaliques.

Il est à peine besoin d'ajouter que, dans la méningite spinale chronique, comme dans la méningite spinale aiguë, il y a toujours souffrance plus ou moins marquée de la moelle.

La symptomatologie est vague, obscure : généralement, il existe des douleurs plus ou moins vives de la région rachidienne, des jambes, des cuisses; ces douleurs sont aiguës, irrégulières, lancinantes, contusives, etc. Si les méninges cérébrales participent à l'inflammation, les mêmes douleurs sont observées du côté de la face; fréquemment, on trouve de l'hyperesthésie cutanée; des contractures surviennent quelquefois. Elles sont, d'habitude, précédées par des contractions fibrillaires des muscles, contractions d'ailleurs toutes transitoires.

On s'accorde à reconnaître, comme causes principales des méningites chroniques, l'alcoolisme, la syphilis, la diathèse rhumatismale, etc.; certains auteurs se sont même attachés à décrire les formes spéciales, d'après eux, de méningites chroniques que l'on peut rencontrer suivant telle ou telle cause.

L'observation CXXXVI est un exemple de méningite chronique, principalement spinale, développée chez un malade âgé de trente-six ans, à la fois syphilitique et alcoolique. De plus, il était atteint d'épilepsie essentielle ayant débuté vers l'âge de quatorze ans. Le travail irri-

tatif des membranes spinales a-t-il commencé avant l'explosion de l'épilepsie? Les aliénistes ont décrit, comme lésion possible de l'épilepsie essentielle, des épaississements méningés; dans le cas actuel, il serait difficile de répondre avec quelque assurance à la question que nous avons posée. Mais il est peu probable que l'épilepsie ait eu pour cause productrice un processus phlegmasique chronique des méninges. Il est à présumer que l'irritation chronique des membranes de l'encéphale et de la moelle épinière était de date plus récente et due surtout à l'alcoolisme.

Le malade, à l'âge de quatorze ans, éprouva très-fréquemment des éblouissements; il voyait des lumières, et il perdait connaissance; il se réveillait complétement brisé et anéanti. Ces attaques durèrent deux ans.

A vingt-trois ans, nouveaux accidents épileptiques; il eut à cette époque des crises convulsives; ces attaques durèrent trois ans.

En 1868, chancre induré, et, quelques mois après, accidents secondaires. En 1870, nouvelles attaques d'épilepsie. Actuellement (janvier 1877), le malade a, assez fréquemment, du vertige épileptique.

Son père était très-alcoolique, fait intéressant au point de vue de la genèse de l'épilepsie chez le fils. Lui-même s'est livré aux plus grands excès en fait de boissons alcooliques, d'après ses aveux.

Le malade, outre les symptômes ordinaires de l'alcoolisme, éprouvait des douleurs en ceinture, une sorte de constriction autour du thorax; même sensation de constriction dans les mollets, dans les cuisses; hyperesthésie cutanée à la face interne des cuisses; trémulation, contractures passagères, assez intenses dans les masses musculaires de la cuisse et des mollets.

Douleurs vives au pli de l'aine, au niveau du grand

trochanter, dans le creux poplité; ces douleurs sont exaspérées par la pression; elles s'irradient souvent jusque dans les orteils.

Parfois, des douleurs violentes existaient à la partie postérieure de la tête; diplopie passagère; contractions fibrillaires involontaires des muscles de la face; bourdonnements d'oreilles; léger degré de surdité.

Tous ces symptômes, comme le faisait remarquer M. Vulpian, indiquent bien une irritation chronique des méninges; dans le cas actuel, les enveloppes spinales ont été plus envahies par la lésion que les méninges cérébrales.

OBSERVATION

Obs. CXXXVI. — *Épilepsie de l'adolescence. — Syphilis. — Alcoolisme. — Pleurésie. — Méningite chronique cérébro-spinale.*

Le nommée C....Martial, âgé de trente-six ans, cuisinier.

Entré le 27 janvier 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit nº 27.

Antécédents. — Ce malade, d'une forte constitution, dit s'être toujours bien porté; il est très-excitable.

Vers l'âge de quatorze ans, il eut fréquemment des éblouissements, pendant lesquels il perdait complétement connaissance (il voyait des lumières, et très-vite il s'évanouissait). Après ces éblouissements, d'ailleurs de très-courte durée, il était brisé, anéanti. Ces éblouissements continuèrent à le tourmenter jusqu'à l'âge de seize ans. Il se maria à vingt-trois ans; quelques mois après son mariage, les éblouissements le reprirent, mais plus fréquents et plus accentués qu'autrefois; tous les quatre ou

cinq jours environ, il voyait des lumières et perdait complétement connaissance, tombait et avait alors, au dire de sa femme, des attaques de nerfs. Après l'attaque, il se trouvait entièrement anéanti, puis il dormait d'un profond sommeil et s'éveillait accablé, abruti.

Ces attaques durèrent environ trois ans.

Il ne fut pas, dit-il, très-heureux en ménage; au bout de deux ans, sa femme le quitta.

Abusant déjà depuis assez longtemps du vin, de l'alcool, de l'absinthe, il se mit à boire encore davantage.

En 1868, il contracta un chancre induré dont il porte encore les traces sur le gland; quelque temps après, il eut des croûtes dans les cheveux, des angines.

En 1870, ses éblouissements le reprennent; mais il ne tombe plus. Seulement il ressent de très-vives douleurs à la partie postérieure de la tête, surtout la nuit; de plus, il a des bourdonnements dans les deux oreilles et devient un peu sourd de l'oreille droite.

Il y a trois mois, il éprouva un éblouissement très-accentué, et il faillit tomber; mais il eut le temps de se retenir aux objets environnants.

Enfin, il y a quelques jours, il eut deux attaques nouvelles, et, dans l'une d'elles, il tomba, en perdant complétement connaissance.

Le père était très-alcoolique. Son frère, qui est mort de pneumonie tuberculeuse, était également sujet aux éblouissements; une de ses sœurs est morte de méningite tuberculeuse.

Il a eu quatre enfants, dont deux vivent encore et sont très-bien portants.

État actuel. — C'est un homme assez robuste, au teint fortement coloré. Son intelligence est médiocre; on ne parvient à tirer de lui des réponses nettes qu'avec assez de difficulté. La nuit, il est réveillé en sursaut par des

rêves affreux : il voit des rats, des serpents, etc.; il est poursuivi ; il tombe dans des trous, etc.

Il dit maigrir depuis quelque temps; il est cependant encore assez fortement musclé.

Aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité dans les membres supérieurs ; douleurs dans les épaules. Douleurs en ceinture ; sentiment de constriction du thorax.

Il ressent dans les membres inférieurs des picotements, à la plante des pieds, dans les jambes. Sensation de constriction au niveau des mollets et des cuisses. Hyperesthésie à la face interne des cuisses.

Le malade marche bien, les yeux ouverts et les yeux fermés.

Douleurs vives à la partie postérieure de la tête, douleurs qui s'exagèrent surtout la nuit.

Il a eu depuis deux mois de la diplopie très-nette; contractions fibrillaires involontaires des muscles de la face.

Bourdonnements dans les oreilles; un peu de surdité.

Le *foie* est petit.

Le *cœur* est d'un volume normal; il se contracte normalement ; bruit de galop à la pointe.

Les *poumons* paraissent sains.

On entend du souffle en arrière, au niveau de la racine des bronches. Pas de râles. Pas de matité.

Urine normale.

Traitement. — Ventouses sèches le long de la colonne vertébrale ; 1 gramme d'iodure de potassium ; vin de quinquina.

6 *février.* — Douleurs de tête vives. Le malade a eu un vertige pendant lequel il a complétement perdu connaissance. On donne 6 grammes de bromure de potassium ; ou suspend l'iodure.

8 *février.* — Dyspnée violente ; bronchite généralisée des deux côtés; névralgie intercostale droite.

9 *et* 10 *février*. — La dypsnée augmente ; de même, les râles de bronchite. On entend des râles sibilants dans toute l'étendue des deux poumons, surtout à droite.

Foyers de râles sous-crépitants à la partie moyenne et postérieure du poumon droit.

13 *février*. — Le malade tousse énormément, maigrit beaucoup ; depuis ces quelques jours, il sue la nuit ; crachats clairs, aérés, mousseux.

14 *février*. — Le malade a été pris hier, dans la soirée, d'un frisson assez intense. Il est très-oppressé. T. A., 39°,2. — L'examen de la poitrine donne les signes suivants :

Poumon droit. — Diminution des vibrations thoraciques en bas, en arrière, dans la moitié inférieure du thorax. Respiration soufflante et rude, en haut, sous la clavicule. *En arrière*, absence de murmure vésiculaire, presque complète en bas ; en haut, quelques frottements sous forme de râles ; souffle aigre, surtout à l'expiration, au niveau de la partie moyenne du bord spinal de l'omoplate. Œgophonie presque généralisée.

Poumon gauche. — Quelques râles sibilants et sous-crépitants ; respiration rude et soufflante au sommet. On applique un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, en arrière. Potion gommeuse avec 5 centigrammes de kermès minéral.

15 *février*. — L'épanchement a augmenté un peu.

16 *février*. — Le malade se sent mieux ; l'épanchement diminue.

18 *février*. — La submatité a un peu augmenté en hauteur, mais la respiration soufflante s'entend néanmoins dans presque toute l'étendue du poumon.

Le malade tousse davantage, mais il respire plus facilement.

19 *février*. — On applique un nouveau vésicatoire.

Respiration rude, soufflante, surtout à l'expiration, à

droite. Le malade se sent un peu mieux. Il vomit après ses repas.

22 *février.* — L'épanchement diminue; le malade se sent mieux et tousse moins.

28 *février.* — L'épanchement est presque nul. Il n'y a plus de râles dans la poitrine.

25 *avril.* — Le malade quitte l'hôpital presque complétement remis de sa complication pulmonaire et part pour Vincennes. Les phénomènes névralgiques persistent.

3 *mai.* — Le malade rentre dans nos salles. Pendant son séjour à Vincennes, il fut pris encore, de temps à autre, de vertiges, d'éblouissements, surtout quand il se baissait; jamais il n'a perdu complétement connaissance; jamais il n'est tombé.

Il continue à avoir, de temps en temps, des points noirs devant les yeux. Céphalalgie persistante.

Depuis plusieurs jours, les sensations de constriction qu'il éprouvait à sa première entrée, dans les cuisses et les mollets, ont augmenté, surtout à gauche. Par instants, trémulation fibrillaire dans les masses musculaires antérieures de la cuisse gauche et le mollet.

Il ressent, de plus, des douleurs partant du pli de l'aine et qui s'irradient vers le scrotum, la face interne de la cuisse à gauche. Ces douleurs sont exaspérées par la pression. Douleurs à gauche, au niveau de l'échancrure sciatique, entre le trochanter et l'ischion, dans le creux poplité. Ces douleurs s'irradient parfois jusque dans les orteils ; elles sont exaspérées par la pression.

6 *juin.* — Le malade est remis, de nouveau, à l'usage du vin de quinquina et de l'iodure de potassium. Pendant son nouveau séjour à l'hôpital, il est repris de vertiges, d'éblouissements, avec perte de connaissance très-momentanée.

Les phénomènes pulmonaires ne se sont pas reproduits.

Les douleurs névralgiques multiples qu'éprouve le malade se sont plutôt accentuées davantage qu'atténuées.

C. — Myélite aiguë.

De même que l'on peut observer la méningite spinale aiguë dans le cours d'affections fébriles générales, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, en particulier dans la scarlatine, dans l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, de même, dans le cours de ces maladies, la myélite aiguë se montre aussi quelquefois. J'ai déjà cité, à propos des fièvres typhoïdes, l'observation d'un jeune homme de 23 ans, particulièrement intéressante à cet égard ; elle montre, comme je l'indiquais, que dans cette pyrexie aucun organe n'échappe à l'action du poison typhique, et que non-seulement il y détermine des troubles dynamiques, mais aussi des troubles matériels, des modifications de texture appréciables cliniquement.

On a cité déjà des observations de paralysies des membres inférieurs, dans le cours de la fièvre typhoïde. Les partisans de la théorie des paraplégies réflexes ont paru trouver dans ces cas un argument en faveur de leurs doctrines ; d'après eux, les ulcérations de l'intestin sont le point de départ d'excitations transmises à la moelle par les nerfs abdominaux, et la paraplégie est due à une modification vasculaire locale, déterminée par ces excitations. L'observation CXXXVII prouve que, dans certains cas, il s'agit non d'un trouble vasculaire local, plus ou moins permanent, mais d'une véritable affection inflammatoire, avec modification de tissus, en un mot d'une myélite aiguë. Que cette myélite aiguë soit due au retentissement sur la moelle des excitations des nerfs de l'intestin, par le fait de l'existence d'ulcérations de la membrane muqueuse, ou bien que la lésion inflammatoire aiguë de l'axe rachidien soit causée

directement par le poison typhique, peu importe; ce qui est certain, c'est que la lésion se présente avec son caractère inflammatoire, bien défini symptomatiquement.

Le retentissement des affections des nerfs, ou de leurs irritations, dont j'aurai à parler à propos des observations d'atrophie musculaire, est aujourd'hui démontré; les travaux de MM. Leyden, Tiesler, Hayem, Vulpian, etc., sur l'influence des lésions irritatives des nerfs, ne laissent pas de doute à cet égard; la preuve du fait est donnée cliniquement et histologiquement. A propos de la pathogénie de l'affection du malade X..., on peut adopter l'une ou l'autre interprétation. Cependant il faut noter que, d'après les symptômes, les lésions médullaires n'ont pas été symétriques d'une façon absolue, qu'elles ont été plus marquées dans certains points de la région de substance grise atteinte que dans d'autres; qu'il n'y a pas eu paraplégie, au sens ordinaire du mot : ces considérations ne sont pas faites pour entraîner vers l'hypothèse d'une affection de la moelle, produite par le mécanisme des affections dites réflexes de ce centre nerveux. D'autre part, il s'est agi, dans le cas dont je parle, d'une fièvre typhoïde à forme thoracique tout à fait accentuée, et les symptômes abdominaux ont été très-peu accusés. Ce n'est pas encore là une condition favorable à la supposition d'une affection médullaire dite réflexe.

Chez ce malade, la fièvre typhoïde a été particulièrement grave et de longue durée; le mouvement fébrile, très-accusé. Des abcès multiples, très-volumineux pour la plupart, se sont produits pendant une longue série de jours; presque tous ces abcès, circonstance méritant d'être notée, se sont formés dans le côté droit du corps, c'est-à-dire dans le côté où les douleurs ont été le plus fortes : des eschares très-larges ont apparu dans les lieux où les pressions étaient un peu intenses, aux fesses, au niveau des trochanters, aux

talons; puis, un jour, vers la fin de l'évolution de la fièvre typhoïde, X... a éprouvé des douleurs vives dans les membres inférieurs et dans la ceinture; bientôt, les masses musculaires des jambes, déjà considérablement diminuées de volume, se sont nettement atrophiées par régions circonscrites.

L'atrophie occupait principalement les muscles des régions jambières antérieures ; à la jambe droite, où les douleurs ont toujours été plus vives, le phénomène était plus marqué qu'à gauche; les pieds étaient tombants; le malade ne pouvait plus les relever; les muscles atrophiés ne répondaient point à l'excitation électrique (courants induits); un très-léger degré d'anesthésie (perte du tact simple) existait aux membres inférieurs; pendant quelques jours, il y a eu de la rétention d'urine.

La myélite aiguë a donc été évidente.

On a électrisé chaque jour, avec la machine d'induction, les membres inférieurs ; chaque séance d'électrisation durait de quatre à cinq minutes; on a administré, en même temps, du sirop d'iodure de fer et du vin de quinquina. Plusieurs semaines se sont écoulées sans qu'il y ait eu une tendance marquée à la guérison. L'état général du convalescent s'améliorait progressivement, mais l'état des muscles des membres restait sensiblement le même, ou plutôt il y eut, à certains moments, une légère aggravation, en ce sens que les muscles du membre inférieur gauche, qui étaient les moins atrophiés et les moins affaiblis, avaient subi une atrophie plus notable qu'auparavant. Les douleurs n'ont pas cessé de se faire sentir, avec les mêmes caractères, dans les cous-de-pied et la partie inférieure des ambes, principalement dans le membre inférieur droit.

On a pu constater, bien souvent, que les courants faradiques ne provoquaient aucune contraction dans les muscles des régions jambières antéro-externes (muscles jambiers

antérieurs, extenseurs communs des orteils, extenseurs propres des gros orteils), alors que la volonté pouvait déterminer des contractions de ces muscles. Dans la marche, la pointe du pied était pendante et touchait le sol la première; ce phénomène était plus marqué au pied droit qu'au pied gauche.

Ce n'est qu'à la fin du mois de juin qu'il a existé une amélioration bien apparente. Quand le malade est parti pour Vincennes, le progrès était évident, mais la contractilité farado-musculaire était encore à peine appréciable. Les douleurs des membres avaient cessé ; il persistait une impression habituelle de froid dans les pieds et la partie inférieure des jambes. La marche était encore embarrassée par l'impossibilité d'une franche flexion des pieds sur les jambes.

Le travail de myélite était donc arrêté à peu près complétement; sur différents points de la moelle épinière, il avait subi une véritable réparation, ou du moins la moelle, en ces points, avait récupéré ses aptitudes fonctionnelles.

Dans les premiers jours d'août 1877, l'état général de notre malade était aussi satisfaisant que possible ; la marche était redevenue presque normale : cependant les pieds se posaient encore à plat sur le sol, à chaque pas. Il n'avait plus qu'une légère sensation de froid dans ceux-ci, et il se fatiguait un peu plus facilement qu'avant sa maladie.

On a revu cet homme au mois d'octobre; à cette époque, il relevait bien la pointe du pied en marchant, mais il disait éprouver encore un peu de gêne dans la marche : il était incapable de faire un long trajet à pied. La guérison pouvait cependant être considérée comme complète.

— Parmi les notions les plus certaines relatives à l'étiologie des myélites aiguës, il en est une qui est incontestée : je veux parler de l'influence du froid ; l'observation CXXXVIII est un exemple type, à ce point de vue.

Le malade, âgé de 25 ans, a eu pendant la guerre de 1870 les deux orteils gelés. Le 21 février, en sortant d'un bal, il prit froid. Le 25 février, il éprouva une sensation de froid très-intense aux pieds. Dans les premiers jours de mars, il ressentit un engourdissement dans la jambe droite; le lendemain, cet engourdissement gagna la cuisse, puis le ventre, qu'il étreignait comme une ceinture; le malade affirme qu'à ce moment il avait une anesthésie complète de la jambe droite.

Mêmes phénomènes dans le pied gauche; seulement ils étaient moins accentués.

La marche était difficile; le malade ne sentait le sol sur lequel il marchait que comme si ses pieds avaient été enveloppés de ouate.

Le malade se purgea; au bout de quatre jours, tous les phénomènes signalés plus haut disparaissaient en grande partie et se reproduisaient dans le membre thoracique droit et dans les trois derniers doigts de la main gauche. Le malade ne pouvait rien tenir avec cette main : il y éprouvait un chatouillement intolérable ; ce chatouillement disparut assez rapidement et fit place à une anesthésie complète. Le malade laissait tomber tout ce qu'il tenait à la main ; la force musculaire de ce côté était très-diminuée; les membres inférieurs, eux-mêmes, légèrement parésiés.

Tous ces phénomènes, douleurs, hyperesthésies, anesthésies, fourmillements, parésies, ont duré assez longtemps ; vers la fin de mai seulement, le malade put se considérer comme guéri. On l'électrisa régulièrement tous les jours; on lui fit des cautérisations ponctuées; il prit des bains sulfureux, de l'iodure de potassium, et plus tard du sirop d'iodure de fer.

L'affection, dans le cas actuel, peut-elle être caractérisée du nom de rhumatismale? l'ancienne gelure des gros orteils a-t-elle déterminé dans la moelle une modification qui

aurait établi une sorte de prédisposition locale, une vulnérabilité plus grande de l'organe?

Il semble bien, comme le disait M. Vulpian, que, chez ce malade, il s'est agi d'une affection de la moelle elle-même, et non d'une méningo-myélite, car il n'y a pas eu les douleurs vives, les contractures, etc., qui caractérisent la méningite : tous les phénomènes observés s'accordent bien mieux avec l'hypothèse d'une légère irritation de la *substance grise médullaire*. Il faut relever surtout, en faveur de cette opinion : les sensations de fourmillement, d'engourdissement; l'*anesthésie*, qui parfois a été complète; la parésie, etc.

OBSERVATIONS

Obs. CXXXVII. — *Myélite aiguë survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde grave. — Longue persistance des accidents parétiques et atrophiques. — Guérison par les courants induits.*

Le nommé Pierre M..., âgé de 23 ans, cuisinier.

Entré le 28 décembre 1876, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 4.

Renseignements. — Ce malade, qui s'était bien porté jusqu'au 24 décembre, se sent pris, ce jour-là, de malaise avec courbature. Dès le soir même, il est obligé de se mettre au lit.

Pendant les trois jours qui suivirent, ces symptômes allèrent en augmentant; ils s'accompagnèrent alors d'une céphalalgie intense.

Au bout de ce temps, des vomissements bilieux survinrent, et il se décida à entrer à l'hôpital.

Pas d'épistaxis; constipation.

28 *décembre.* — Un peu d'abattement; vertiges, même lorsque le malade s'assied sur son lit; face et yeux un peu congestionnés; face rouge, animée; peau chaude, sèche. Pouls fréquent, 96 à 100. Sentiment de malaise, de courbature. Anorexie, soif. Bouche pâteuse, langue un peu sèche, chargée d'un induit blanc-jaunâtre. Constipation. Un peu de douleur à la pression de la fosse iliaque; pas de gargouillements.

Il tousse encore beaucoup, soit dans le jour, soit dans la nuit. Expectoration abondante; crachats muqueux, transparents pour la plupart.

L'auscultation ne fait découvrir que des râles sibilants et muqueux dans toute la hauteur de la poitrine, en avant et en arrière.

1er *janvier* 1877. — On constate un aspect de stupeur bien accusée. Le malade est faible, peut à peine s'asseoir : les phénomènes constatés le jour de l'entrée ne se sont pas notablement modifiés. La toux est toujours fréquente; il y a une dyspnée assez prononcée. On a donné un verre d'eau de Sedlitz la veille, parce que le malade n'allait pas à la garde-robe depuis plusieurs jours. Il y a eu plusieurs selles liquides. Rate volumineuse.

La pression dans la fosse iliaque droite détermine une douleur très-nette; gargouillements très-nombreux.

Un emplâtre de thapsia avait été appliqué sur la région antérieure du thorax, avant l'entrée à l'hôpital. L'éruption provoquée par cet emplâtre s'est étendue sur tout l'abdomen et le thorax, et empêche l'examen de la peau. Cependant le diagnostic ne reste pas douteux. On considère le malade comme atteint de fièvre typhoïde à forme thoracique.

3 *janvier.* — En examinant avec soin la peau du ventre, on aperçoit en dehors des limites de l'éruption artificielle, due à l'emplâtre de thapsia, quelques taches rosées lenti-

culaires, s'effaçant par la pression et reparaissant après. On en voit aussi quelques-unes sur la région postérieure du tronc. La rate est très-volumineuse.

Les jours suivants, ces taches caractéristiques augmentent de nombre. La bronchite persiste, et la dyspnée est pour le moins aussi forte que lors de la précédente note. La sonorité est normale dans tous les points du thorax ; peut-être y a-t-il cependant un peu d'exagération du son vers les régions sous-épineuses.

Peu de douleur à la pression de la fosse iliaque droite. Ventre souple ; toujours des gargouillements ; une ou deux selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures. Pas d'envies de vomir. Inappétence complète. La langue est blanche sur la partie médiane, et rouge sur les bords.

On constate sur les gencives et la face interne des joues des aphthes.

Grande faiblesse. Fièvre assez intense.

7 *janvier.* — La percussion de la poitrine dénote de la matité en arrière et à gauche ; elle augmente d'intensité de haut en bas ; cette matité occupe le tiers inférieur du poumon gauche.

Dans la même région, on constate de l'œgophonie ; en même temps, sur les draps du lit, crachats visqueux et sanguinolents en abondance.

Les jours suivants, l'adynamie se prononce de plus en plus. Le malade peut à peine cracher.

La diarrhée est toujours peu considérable. En somme, les phénomènes abdominaux sont relativement peu prononcés.

9 *janvier.* — L'épanchement, qui du reste n'était pas très-abondant, a disparu ; on entend des râles crépitants dans la région occupée les jours précédents par l'épanchement.

11 *janvier.* — La fièvre a augmenté ; la peau est très-

chaude : l'abattement est très-grand. Facies typhique très-accusé. Petites eschares sur le sacrum et sur les fesses. On continue le sulfate de quinine, que le malade prend depuis plusieurs jours (1 gr. dans les vingt-quatre heures) ; on prescrit, en outre, une potion avec 60 gr. de rhum. On panse avec soin les eschares.

14 *janvier*. — Tous les soirs, sueurs profuses, très-abondantes.

18 *janvier*. — Les eschares sont en voie de guérison.

23 *janvier*. — L'état général s'améliore ; la prostration a diminué peu à peu depuis cinq ou six jours : aujourd'hui, elle a presque disparu. Il n'y a plus de diarrhée. Malgré l'amélioration évidente qui s'est produite depuis quelques jours, il y a encore de la fièvre et une inappétence à peu près absolue. La bronchite existe encore, mais à un bien moindre degré.

8 *février*. — Plusieurs petits abcès se sont produits ces jours précédents ; il en existe un à chaque bras, au niveau du deltoïde ; un autre, à la face externe de l'avant-bras ; aux membres inférieurs, abcès ayant le volume du poing d'un enfant, à la région des mollets, dans les plis de l'aine. Ces abcès siégent, pour la plupart, dans le côté droit du corps. Ils ont été ouverts et ont donné issue à du pus qui, examiné au microscope, n'a rien présenté de particulier. Cet examen, fait par M. Vulpian, avait surtout pour objet de rechercher si ce pus ne contenait pas des corpuscules bactériformes, mouvants ou immobiles. On n'en a pas vu un seul qui fût incontestable.

Le malade est pris de rétention d'urine ; on est obligé de le sonder.

Les jours suivants, le malade ressent des douleurs qui apparaissent subitement et alternativement dans un membre inférieur, puis dans l'autre, et disparaissent au bout d'une heure environ. Jamais elles n'existent simultané-

ment des deux côtés. Elles sont continues pendant la durée de ces sortes de crises, et elles s'exaspèrent par moments, par instants. En même temps, il y a de la raideur du membre inférieur gauche. Ces douleurs ont été très-vives, surtout à droite. Lorsqu'on remuait le malade pour panser ses eschares, dont la guérison complète se faisait attendre, il jetait des cris, et l'on était obligé de prendre le membre droit isolément et avec précaution pour le mouvoir. Ces douleurs siégent dans toute la longueur du membre. — Quelques constrictions douloureuses autour de la ceinture.

Le 9, le 10, le 11, le 12 février, on est obligé de sonder le malade deux fois par jour.

13 *février*. — Le malade urine seul.

15 *février*. — Plusieurs autres petits abcès se sont produits les jours précédents, et ils ont eu presque tous pour siége le côté droit, apparaissant, les uns sur la région latérale droite du thorax, les autres sur les membres du côté droit. — Ils renfermaient une quantité assez considérable de pus.

La convalescence traîne en longueur. Dans la seconde moitié du mois de février, la bronchite disparaît complétement et l'appétit commence à se montrer. Mais le malade, profondément amaigri, reste faible. Il a de la peine à mouvoir ses membres inférieurs au lit et est absolument incapable de se tenir debout. Quoiqu'elles aient diminué, les douleurs notées plus haut se produisent encore souvent, et même il y a un endolorissement permanent dans les membres inférieurs, principalement dans celui du côté droit. A partir du 25 février, il ne se produit plus de nouveaux abcès.

Vers le commencement du mois de mars, on s'aperçoit qu'il y a une faiblesse manifeste des muscles de la région jambière antéro-externe des deux côtés, mais bien plus du côté droit que du côté gauche. Le pied droit est pendant,

et le malade a de la peine à le fléchir sur la jambe : ce mouvement est très-incomplet, et il en est de même des mouvements d'extension des orteils de ce côté. Toujours des douleurs assez vives dans le membre inférieur droit, douleurs contusives, parfois térébrantes, rarement lancinantes. L'examen électrique des muscles démontre qu'il y a une diminution notable de la contractilité dans les muscles jambier antérieur, extenseur commun des orteils, extenseur propre du gros orteil, diminution beaucoup plus marquée dans le membre inférieur droit. L'état général s'améliore d'ailleurs chaque jour.

15 *mars.* — On constate une atrophie des muscles de la jambe droite. La circonférence du mollet mesure 1 centimètre de moins qu'à gauche.

On prescrit la faradisation quotidienne des muscles des membres inférieurs. On reconnaît que la contractilité des muscles des régions jambières externe et postérieure de chaque membre est aussi diminuée, mais bien moins que celle des muscles précités.

La prescription n'est pas exécutée très-rigoureusement; l'état des muscles ne se modifie pas d'une façon sensible pendant la fin du mois de mars et le mois d'avril. Cependant, depuis le milieu du mois de mars, le malade a pu se lever et marcher un peu, à l'aide de deux cannes d'abord, puis avec une seule canne, et enfin, vers la fin du mois d'avril, sans aucun appui.

6 *mai.* — L'examen des muscles des membres inférieurs donne les résultats suivants :

1° *Attitude. Au repos, dans le lit.* — Les membres sont dans leur situation normale.

Les orteils du pied gauche sont également dans leur position normale.

A droite, le *gros orteil* tombe du côté de la face plantaire et se dévie en bas et en dehors.

Les autres orteils ne présentent rien de particulier.

Station verticale. — Le pied droit est fortement dévié, la pointe en dehors.

Le pied gauche se dirige directement en avant.

Station assise sur une chaise. — Lorsque le malade, étant assis sur une chaise, étend les jambes et appuie les talons sur le sol, le pied gauche tombe en dehors, ce qui n'a pas lieu pour le pied droit.

2° *Mouvements volontaires. Mouvements partiels.* — Les mouvements partiels volontaires sont presque tous conservés, mais ils sont tous plus ou moins affaiblis suivant la région.

A gauche, où l'atrophie musculaire est moins prononcée, ils existent tous. Le malade peut mouvoir parfaitement tous les divers segments du membre.

A droite, où l'on a constaté une diminution notable du volume de la jambe, les mouvements du pied sont modifiés de la manière suivante :

La *flexion* du pied est considérablement affaiblie.

L'abduction du pied est presque abolie; la *flexion* et l'abduction combinées du pied sont impossibles, c'est-à-dire que le malade ne peut plus porter la pointe du pied en haut et en dehors.

Les mouvements du gros orteil du pied droit sont à peu près abolis, tandis qu'à gauche ils sont très-étendus.

Les mouvements des autres orteils sont également conservés dans les pieds, un peu affaiblis toutefois dans le pied droit.

Marche. — Lorsqu'on fait marcher le malade, on constate que le pied gauche se pose sur le sol d'une façon normale.

Le pied droit, au contraire, est posé la pointe la première, et, quand il quitte le sol, le talon est fortement relevé en arrière, la pointe du pied est pendante en bas.

Examen électrique. — A l'examen électrique des muscles, on voit que :

1° La sensibilité musculaire est abolie dans les deux jambes ;

2° La contractilité musculaire est abolie dans les mêmes membres ;

3° Ces deux propriétés sont très-diminuées dans les cuisses ;

4° Elles sont intactes dans les membres supérieurs.

Mouvements réflexes. — Lorsqu'on chatouille la plante des pieds, on n'observe pas trace de mouvements réflexes.

Cependant le malade sent très-bien ce qu'on lui fait (sensation du chatouillement, conservée).

Sensibilité. — La sensibilité est intacte dans tous ses modes (tact simple, chaud, froid, etc.).

Cependant, lorsqu'on fait passer dans la jambe droite un courant électrique très-fort, le malade n'en souffre pas du tout ; sur la jambe gauche, il sent mieux. Avec le pinceau électrique, douleur vive sur tous les points du tégument cutané des membres inférieurs.

Le malade accuse toujours une sensation de froid très-prononcée sur le cou-de-pied droit. Il y a des sueurs habituelles aux pieds, mais ce phénomène a toujours existé avant sa maladie.

De temps en temps, il éprouve des fourmillements dans le mollet droit.

Presque tous les jours, il ressent, principalement dans la jambe droite, sur la région antéro-externe, une douleur peu intense qui débute par le cou-de-pied et s'étend jusqu'au genou. Elle cesse au bout de quelques minutes.

Ce malade est parti pour aller à Vincennes vers le 15 juillet. A ce moment, il y avait une amélioration considérable dans son état.

Depuis que l'on avait pris la note détaillée ci-dessus

(6 mai), on avait faradisé les deux membres inférieurs, surtout les jambes proprement dites et principalement les régions jambières antéro-externes, très-régulièrement tous les jours, et l'on avait administré du sirop d'iodure de fer et du vin de quinquina.

Plusieurs semaines se sont écoulées sans qu'il y ait eu une tendance bien manifeste vers la guérison. L'état général du convalescent s'améliorait progressivement; mais l'état des muscles des membres restait sensiblement le même ; ou plutôt même il y avait eu, à un certain moment, une légère aggravation, en ce sens que les muscles du membre inférieur gauche, qui étaient les moins atrophiés et les moins affaiblis, avaient subi une atrophie plus notable qu'auparavant. Les douleurs n'ont pas cessé de se faire sentir avec les mêmes caractères dans les cous-de-pied et la partie inférieure des jambes, principalement dans le membre inférieur droit.

On a pu constater, à bien des reprises, que, tandis que les courants faradiques ne provoquaient aucune contraction dans les muscles des régions jambières antéro-externes (muscles jambiers antérieurs, extenseurs communs des orteils, extenseurs propres des gros orteils), la volonté pouvait déterminer des contractions de ces muscles. Dans la marche, la pointe du pied, surtout du pied droit, était encore pendante et touchait le sol avant le reste du pied.

Ce n'est que dans la fin du mois de juin qu'il a existé une amélioration bien apparente. Les pieds, dans la marche, n'étaient plus aussi pendants, et le pied gauche s'appuyait d'emblée par sa plante. La marche était plus facile et pouvait être prolongée plus longtemps sans fatigue.

Quand le malade partit pour Vincennes, l'amélioration était en pleine voie de progrès ; mais la contractilité faradomusculaire était encore à peine appréciable. Il n'éprouvait

presque plus de douleurs dans les membres, mais ressentait encore une impression habituelle de froid dans les pieds et la partie inférieure des jambes.

Le travail de myélite était donc arrêté à peu près complétement ; et sur différents points la moelle épinière avait donc subi une véritable réparation ou du moins avait récupéré ses aptitudes fonctionnelles.

Ce jeune homme est revenu nous voir dans les premiers jours du mois d'août 1877. Son état général était aussi satisfaisant que possible. La marche était revenue presque normale : cependant les pieds se posaient à plat sur le sol à chaque pas. Il n'avait plus qu'une légère sensation de froid dans les pieds, et il se fatiguait un peu plus facilement qu'avant sa maladie. Il devait revenir pour faire examiner l'état de ses muscles à l'aide de l'électricité. Nous ne l'avons pas encore revu (*fin d'août*).

Obs. CXXXVIII. — *Légère myélite* à frigore.

Le nommé X..., 25 ans, artiste peintre.

Renseignements. — Le malade dont il s'agit a eu, à l'âge de 5 ans, des convulsions. Il a toujours joui, jusqu'au mois de février 1877, d'une bonne santé. Il y a deux ans, blennorrhagie. Pas de syphilis ; pas de traces apparentes de scrofule ; pas de rhumatismes.

A la suite de la guerre de 1870, il a eu les deux gros orteils gelés.

Le malade attribue les premiers phénomènes de sa maladie à un refroidissement qu'il aurait éprouvé en sortant d'un bal. Trois ou quatre jours après ce bal (25 février), ce malade accusait un froid aux pieds, *froid très-intense et persistant.* Vers les premiers jours de mars, après s'être couché comme à l'ordinaire, il a éprouvé, un matin en se levant, de l'engourdissement dans la *jambe droite ;* le surlendemain, l'engourdissement gagna la cuisse, puis le ventre, qu'il

étreignait comme une ceinture. Il y avait à ce moment une *anesthésie complète* de la jambe droite.

En même temps que le pied droit, le pied gauche était pris, mais d'une façon moins accentuée, et l'engourdissement ne remontait pas dans la jambe.

La *marche* était difficile; le malade *ne sentait que très-peu* le sol sur lequel il marchait. Il le sentait, dit-il, comme si ses pieds avaient été enveloppés dans de la ouate. Dès que le malade s'arrêtait, il éprouvait, dans le membre abdominal droit et dans le pied gauche, une sensation de bouillonnement.

Le malade s'est purgé, et, trois ou quatre jours après sa purgation, tous les phénomènes mentionnés plus haut disparaissaient à peu près complétement dans le *membre abdominal droit* et dans le *pied gauche*, pour se reproduire dans le *membre thoracique droit* et dans les *trois derniers doigts de la main gauche*. Le malade accusait un sentiment de chatouillement dans les doigts, du froid dans le bras, froid accentué quelque temps après dans le poignet droit. Il lui était impossible de tenir dans la main droite un objet quelconque (un journal par exemple); le chatouillement devenait intolérable, au point que le malade grinçait des dents. Cette sensation était moins prononcée dans les trois derniers doigts de la main gauche. Il y avait une impotence du bras droit; le malade le portait bien à la tête, mais il lui fallait faire un grand effort pour le maintenir dans cette position, et, sitôt que l'effort cessait, le bras retombait lourdement.

Le chatouillement dans la main droite disparaît, pour faire place à une *anesthésie complète ;* le malade n'a pas conscience de tenir un objet dans sa main ; son parapluie, par exemple, lui échappe sans qu'il s'en doute. Le sentiment de froid persiste dans le bras.

A ce moment, le malade se décide à consulter.

Etat actuel. — Jeune homme brun, assez vigoureux, paraissant bien portant. Le dynamomètre accuse une faiblesse musculaire de la main droite. La force musculaire de cette main est moitié moindre que celle de la main gauche, qui est normale. Les doigts de la main droite sont raides et s'écartent involontairement les uns des autres. Il est impossible au malade de prendre sur une table, avec sa main droite, un corps d'un petit volume (un porte-crayon de nitrate, par exemple). A la percussion, le malade n'accuse aucune douleur dans le dos. Rien de particulier dans les membres inférieurs.

Traitement. — On prescrit un vésicatoire à la région cervicale.

Huit jours après, aucune amélioration sensible; on fait des cautérisations ponctuées à la région cervicale et à la région dorsale; iodure de potassium à la dose de 0 gr. 25 par jour.

Le malade revient au bout d'une dizaine de jours, accusant une légère amélioration. Nouvelles cautérisations ponctuées; on porte la dose d'iodure de potassium à 0 gr. 50 par jour.

Au bout de quelques jours, il y avait une amélioration sensible : le malade pouvait tenir un objet dans la main, et l'anesthésie était disparue, bien qu'imparfaitement. Les doigts étaient encore raides.

Vers le milieu d'avril, mieux sensible; le malade peut tenir une plume (sans la garder longtemps; elle tourne dans ses doigts involontairement) et signe imparfaitement son nom. — Nouvelles cautérisations. — Iodure de potassium, même quantité.

Vers le 28 avril, le malade éprouve de nouveau un sentiment de froid dans le pied droit et dans la jambe, jusqu'au genou seulement, et un peu d'*incertitude dans la marche.* Mais le froid est beaucoup moins intense, si ce n'est au ge-

nou, qu'au début de la maladie. Le malade attribue ce nouveau phénomène à un refroidissement qu'il avait eu.

1er *mai.* — M. le professeur Vulpian voit le malade. — Le sentiment de froid persiste dans la jambe, et il y a encore de l'incertitude dans la hanche.

M. Vulpian prescrit du sirop d'iodure de fer; 2 bains sulfureux par semaine, et l'électricité.

10 *mai.* — Tous les phénomènes sont très-amendés, cependant le malade éprouve une douleur vague dans le bras gauche et dans le petit doigt de la main gauche, douleur qui disparaît rapidement. Même douleur dans le bras droit et la main droite. Au niveau des articulations des phalanges *à la main droite*, la peau est très-tendue. Les articulations métacarpo-phalangiennes droites ne sont pas absolument libres : le malade y éprouve, dans les mouvements de flexion et d'extension, un sentiment de raideur et comme une sorte de chatouillement. Aujourd'hui, il peut écrire quelques lignes assez lisiblement, mais avec difficulté.

D. — Myélites chroniques.

(Compression lente de la moelle.)

Les compressions *lentes* de la moelle offrent le plus grand intérêt au point de vue clinique, car la lésion déterminée par cette compression joue un rôle capital dans les nombreuses maladies des vertèbres, de la moelle et de ses enveloppes ; la physiologie expérimentale a reproduit, presque complétement, l'ensemble symptomatique qui caractérise ces lésions, résultat de la compression; elle a permis ainsi de les reconnaître, de les différencier ; un seul côté du problème est souvent d'une solution difficile : c'est quand il s'agit de déterminer la nature de la cause de la compression. Quoi qu'il en soit, depuis les expé-

riences si remarquables de M. Brown-Séquard, et les leçons de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière, leçons qui sont un modèle achevé de clinique basée sur la saine physiologie, tout ce qui a trait à ce sujet est presque épuisé; cependant M. Vulpian, dans son cours de cette année, a repris la question dans son ensemble, principalement au point de vue de la pathologie expérimentale, et il a ajouté une série de faits des plus importants concernant la genèse et la pathogénie des symptômes.

Parmi les combinaisons symptomatiques, extrêmement variées, qui peuvent être produites par la compression lente de la moelle, il en est une des plus intéressantes et dont le diagnostic est presque toujours possible : c'est là précisément le cas du malade de l'observation CXXXIX [1]; il s'agit, en effet, dans l'espèce, d'une compression exercée principalement sur une moitié de la moelle épinière. M. Brown-Séquard a montré, par des expériences précises, indiscutables, que, si la condition énoncée plus haut était remplie, il y avait paralysie directe de la motilité, autrement dit paralysie du mouvement dans le membre correspondant au côté de la moelle comprimée; de plus, paralysie *croisée* de la sensibilité, ou paralysie de la sensibilité dans le membre du côté opposé. Ces phénomènes, observés chez les animaux, à la suite d'une section de la *moitié* de la moelle, passant en avant de l'origine des nerfs des membres postérieurs, portent le nom d'*hémiparaplégie* avec *anesthésie croisée;* c'est le symptôme dominant dans l'histoire clinique du malade de l'observation CXXXIX, symptôme qui a permis à M. Vulpian l'affirmation de l'existence, dans ce cas, de la compression lente de la moitié de la moelle.

1. Cette observation, suivie pendant quatre années, a été rédigée, en partie, avec un soin extrême, par les internes qui m'ont précédé dans le service, MM. Chouppe, Troisier, Bourceret.

Chez cet homme, âgé de 38 ans, l'ensemble symptomatique s'est établi lentement, progressivement; aujourd'hui, 1er août, voici ce que l'on constate. Les membres inférieurs, lorsque le malade est au lit, et qu'il n'est pas sous l'empire d'un des accès de contracture dont il sera question plus loin, sont dans le relâchement. Cependant il y a presque toujours un léger degré de spasme tonique dans les muscles du membre inférieur gauche : ces muscles, surtout ceux du mollet, font le plus souvent saillie, et le pied est habituellement en extension. Le membre inférieur droit est, d'ordinaire, en état de relâchement musculaire, c'est-à-dire dans l'attitude normale du repos au lit.

La région lombaire gauche et l'hypochondre du même côté, sont le siége d'une sensation anormale que le malade compare à une brûlure; le moindre frottement des draps exagère cette sensation, qui est moins vive, au contraire, lorsque l'on presse fortement cette partie. A certains moments, la région hyperesthésiée se couvre de sueur; cette région est limitée par une ligne suivant le trajet des dernières fausses côtes et ne dépassant pas la ligne médiane; elle s'étend en hauteur sur une étendue de huit centimètres environ.

La sensibilité est abolie dans le membre inférieur droit, sous tous ses modes; la motilité y est conservée mais un peu affaiblie; le malade peut toutefois marcher en s'aidant de béquilles.

La jambe gauche, par contre, est paralysée du mouvement, presque totalement, tandis que la sensibilité est intacte; celle-ci est même exagérée, un peu moins que dans la région de l'hypochondre, mais cependant assez pour qu'il y ait une véritable hyperesthésie; cette même jambe, comme je l'ai dit, est plus contracturée que la droite; il suffit d'une pression même modérée, souvent même du plus léger attouchement de la peau, pour provoquer dans

le membre inférieur gauche des secousses tétaniques (trépidation spinale), analogues à celles que présente, dans certaines conditions, une grenouille strychnisée; on provoque également, par le même procédé, des secousses dans la jambe droite, mais elles sont moins intenses.

Les réactions électriques sont conservées.

Les membres supérieurs n'offrent rien de particulier à noter; la miction, compromise pendant quelques jours il y a deux ans, est aujourd'hui normale; la santé générale est bonne. En présence de cet ensemble symptomatique, établi lentement, M. Vulpian fit remarquer bien des fois, aux élèves du service, qu'on pouvait poser presque à coup sûr le diagnostic : *compression lente d'une moitié de la moelle épinière*, mais qu'il fallait être réservé sur la nature de la cause de la compression; en effet, dans ce cas particulier, et c'est ainsi que le problème se présente souvent, on peut se demander si l'on est en présence d'une tumeur extra ou intra-médullaire, comprimant une moitié de la moelle épinière; ou bien si la compression est déterminée par une sclérose transverse, occupant une des moitiés de la moelle et interrompant le fonctionnement de la région envahie. M. Vulpian hésitait entre cette lésion de la moelle ou une affection vertébrale sans déformation, mais avec pachyméningite caséeuse et myélite consécutive, plus marquée du côté gauche que du côté droit. L'amélioration lente mais progressive et considérable observée chez ce malade, semble plaider en faveur de cette dernière hypothèse.

En tout cas on pouvait éliminer l'idée d'une tumeur néoplasique de la moelle épinière ou de ses enveloppes. En effet, le malade n'a jamais eu la syphilis. D'autre part, les tumeurs de cette nature étant écartées, les autres néoplasmes intra-rachidiens se traduisent par des troubles fonctionnels qui s'aggravent fatalement d'une façon plus ou moins régulièrement progressive.

J'ai observé en 1874, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de mon savant maître, un forgeron âgé de 53 ans ; il avait une paraplégie absolument comparable à celle dont je viens d'esquisser les principaux symptômes; hyperesthésie de l'hypochondre et de la jambe, à gauche ; paralysie du mouvement de ce côté; anesthésie et contracture du membre inférieur droit; conservation du volume des masses musculaires. Au bout de trois mois de séjour à l'hôpital, la paraplégie était devenue absolument complète; à cette époque, des phénomènes évidents de myélite se montrèrent ; il survint des eschares ; les masses musculaires s'atrophièrent; les urines devinrent purulentes, etc., et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva, au niveau de la huitième vertèbre dorsale, une tumeur intra-médullaire de la grosseur d'une petite noix ; elle comprimait la moitié gauche de la moelle ; les faisceaux médullaires étaient presque réduits en bouillie par l'inflammation, dans une étendue de quelques centimètres, au-dessus et au-dessous de la tumeur. L'examen histologique a montré que la tumeur était de nature sarcomateuse. Cette tumeur a été sans cesse en augmentant de volume, et, comme cela est si fréquent, elle a fini par détruire les faisceaux de la moelle; les symptômes ont donc été progressifs, et, par cela même, le diagnostic, vérifié à l'autopsie et posé dès le début par M. Vulpian, était rendu presque certain; on pouvait éliminer l'hypothèse d'une sclérose transverse.

Mais je reviens au malade de l'observation CXXXIX, qui, pendant son long séjour à l'hôpital, a encore présenté une série de phénomènes des plus remarquables, la plupart confirmatifs de l'existence probable d'une compression de la moelle. Ce sont des accès de contracture spasmodique des muscles des membres inférieurs, accès très-remarquables comme marche, comme intensité et comme durée. Ces accès surviennent d'une façon inopinée ; ils paraissent

cependant avoir été précédés, à diverses reprises, ou provoqués même par de vives émotions, contrariétés ou colères; quelquefois ils ont paru avoir eu pour cause un brusque changement de temps. Au début, les membres inférieurs sont pris de tremblement spasmodique si violent que le lit en est ébranlé : ce tremblement spasmodique est accompagné d'une contracture de tous les muscles des membres, avec extension forcée, saillie des muscles, sensations très-douloureuses de crampes. Après un temps variable, ne dépassant pas d'ordinaire quelques heures, le tremblement spasmodique s'apaise dans les membres inférieurs, qui restent fortement contracturés; le spasme musculaire gagne les muscles de l'abdomen, ceux des lombes, puis ceux du thorax, du dos ; il n'est pas très-intense dans ces parties; mais il envahit la partie postérieure du cou, puis les membres supérieurs et enfin les muscles antérieurs du cou, et surtout les muscles masséters et ptérygoïdiens. La malade a du trismus, un peu d'opisthotonos. Les membres supérieurs sont dans l'extension spasmodique le long du corps; les doigts sont fortement fléchis sur le pouce, porté vers la paume de la main. En un mot, il se produit une sorte de tétanos ascendant qui n'est complet qu'au bout d'une heure au moins, quelquefois au bout de plusieurs heures seulement. Les douleurs de crampe existent dans tous les muscles contracturés, mais plus dans les membres inférieurs que dans les autres parties du corps. Le malade est dans un état d'angoisse extrême. La face est rouge; l'expression est celle de la souffrance; il y a tendance à des sueurs généralisées, et l'on observe un certain degré de dyspnée.

De temps en temps, pendant ces attaques tétaniques, surviennent des exacerbations violentes et extrêmement douloureuses de la contracture des muscles de tout le corps : à ce moment, les membres se raidissent davantage,

surtout les inférieurs, qui se soulèvent au-dessus du lit, agités par un mouvement de trépidation rapide. Ces exacerbations ne durent que quelques instants; elles peuvent être spontanées en apparence, ou bien elles sont provoquées par un essai de changement de position, ou par un contact un peu brusque portant sur un des membres inférieurs.

Le tétanos généralisé, ou la tétanie généralisée, si l'on préfère ce mot pour le cas en question, ne dure qu'un, deux ou trois jours, rarement plus. Au bout de ce temps, le trismus se relâche, puis disparaît; la raideur des muscles postérieurs du cou se dissipe; les bras commencent à s'assouplir, les mains à s'ouvrir un peu, et après plusieurs heures, un ou deux jours, les membres supérieurs ont repris toute leur liberté d'action; les membres inférieurs restent seuls tétanisés. La disparition du spasme généralisé a donc suivi une marche inverse de celle suivie dans sa marche envahissante.

L'extension tétanique des orteils sur les pieds, des pieds sur les jambes, des jambes sur les cuisses persiste plus ou moins longtemps à la suite de ces attaques, tantôt trois, quatre, cinq jours, quelquefois une ou deux semaines; une fois, elle a duré plus de trois mois, sans un moment de véritable relâchement. Pendant tout le temps que durent ces extensions spasmodiques des membres inférieurs, il y a, à certains moments, des exacerbations douloureuses de la contracture; on peut provoquer ces exacerbations en touchant la peau de ces membres, surtout du membre inférieur gauche. Il y a alors de la trépidation réflexe de ce membre, et aussi, bien qu'à un moindre degré, du membre inférieur droit. Lorsque l'extension spasmodique des membres est dans toute sa force, il y a un refroidissement notable des jambes et des pieds, avec cyanose bien marquée des téguments de ces parties; il y avait même des

marbrures livides. On constate aussi une sueur froide assez abondante.

Ces crises surviennent brusquement, à des périodes assez éloignées ; depuis le début de son affection, le malade en a eu quarante et une; quelquefois, plusieurs mois s'écoulent entre l'apparition de ces crises; actuellement, elles sont beaucoup plus éloignées les unes des autres que par le passé; elles s'espacent bien davantage.

Les crises de contracture spasmodique offrent maintenant une durée beaucoup plus courte que lors des premiers temps du séjour du malade à l'hôpital de la Pitié. Cela tient, d'une part à l'amélioration progressive de l'affection, et d'autre part à ce que l'on a pu, à l'aide du chloral hydraté, diminuer l'excitabilité exaltée de la moelle, et faire, par suite, cesser la contracture en un temps relativement court.

J'ai déjà signalé les sueurs locales qui se produisaient, sous forme hémiplégique, chez ce malade, lors des crises dans les régions hyperesthésiées ; il existait encore chez lui des troubles vaso-moteurs intéressants.

On a examiné à diverses reprises, quel était, chez ce malade, le degré d'excitabilité réflexe de l'appareil vaso-moteur innervant les téguments des membres inférieurs. Pour cela, on traçait avec le bout non-inflammable d'une allumette deux raies sur chaque cuisse, à la partie antérieure et médiane ; la raie de la cuisse gauche montrait une coloration rouge évidente, au bout de 35 secondes ; la rougeur du côté droit n'apparaissait qu'après 50 secondes. Au bout de quatre minutes, la coloration rouge se voyait encore assez nettement à gauche, tandis qu'elle était presque disparue à droite ; cette disparition était totale au bout de six minutes, tandis qu'à gauche la rougeur persistait alors, quoique très-affaiblie. On voit donc que, dans le membre gauche où l'exaltation de l'excitabilité réflexe

de la moelle se révélait par les spasmes toniques des muscles et par une violente trépidation réflexe, elle se traduisait aussi par des effets vaso-dilatateurs réflexes plus prompts, plus intenses et plus durables.

L'état du malade, comme il est facile de s'en rendre compte en comparant les phénomènes symptomatiques observés lors de son entrée à l'hôpital, ceux qui existaient il y a deux ans et ceux qui persistent encore aujourd'hui, s'est beaucoup amélioré. Il a subi un traitement très-actif; un grand nombre d'agents médicamenteux ont été employés: le sulfate de quinine, le bromure de potassium à hautes doses, la belladone, le seigle ergoté, l'hyoscyamine en injections sous-cutanées, la morphine, l'iodure de potassium, le nitrate d'argent, l'hydrothérapie, l'électrisation par les courants induits, par les courants continus, la caféine, la strychnine, l'extrait thébaïque, le chloral hydraté, etc.; dans les accès de contracture spasmodique, ce dernier médicament est le seul qui ait procuré du soulagement évident au malade. Au moment de ses crises, il a pris jusqu'à 15 grammes d'hydrate de chloral dans les 24 heures. Sous l'influence de cette dose de chloral hydraté, un relâchement manifeste s'opérait dans les parties les moins fortement atteintes de contracture, et peu à peu, au bout de 2, 3 ou 4 jours environ, les spasmes toniques cessaient dans les membres inférieurs eux-mêmes.

Pendant que le malade prenait ces fortes doses d'hydrate de chloral, on a vu souvent se produire une éruption artificielle très-nette.

L'amélioration progressive observée chez ce malade paraît être en faveur de l'hypothèse d'une affection vertébrale avec pachyméningite caséeuse et compression partielle de la moelle épinière. Cependant cette amélioration n'est pas une raison décisive pour faire repousser tout à fait l'idée d'une plaque de sclérose transverse. En effet, si

l'on ne possède pas de faits permettant d'assurer que la sclérose transverse est curable, il y a des données relatives à la sclérose en plaques qui peuvent peut-être trouver ici leur application.

Dans ces dernières années, les auteurs anglais ont cité des exemples de scléroses en plaques, considérablement amendées, presque guéries, la maladie *durant depuis longtemps* et une thérapeutique assez active (nitrate d'argent, cautérisation ponctuée) ayant été employée. M. Charcot, faisant allusion à ces faits dans son cours de cet hiver, à la Salpêtrière, en citait plusieurs semblables. On conçoit que des résultats du même genre pourraient être obtenus chez des malades atteints de sclérose transverse, surtout si les filaments axiles sont conservés au niveau des points malades de la moelle, comme dans les cas de sclérose en plaques. C'est, en effet, cette condition de la lésion qui permet, suivant M. Vulpian, de comprendre la possibilité d'une amélioration considérable dans la sclérose en îlots disséminés. La reproduction de la myéline autour des cylindraxes persistants, restitue aux fibres nerveuses les conditions anatomiques de leur fonctionnement.

— L'observation CXL me paraît devoir être rangée dans la même catégorie. Il est vrai qu'il s'agit d'un malade dont le diagnostic n'a été établi, par M. Vulpian, que sur une histoire rétrospective.

Cet homme, âgé de 21 ans, a commencé à ressentir des douleurs dans les membres inférieurs, il y a cinq ans; elles devinrent bientôt violentes et continues; puis les jambes se contractèrent; elles étaient lourdes, difficiles à mouvoir; lorsque le malade appuyait les pieds à terre, les deux membres inférieurs étaient pris d'un tremblement intense. Ce dernier signe, sur lequel a insisté M. Vulpian, n'est pas pathognomonique. Peut-être s'est-il agi, en définitive, d'une méningo-myélite subaiguë. On appliqua des pointes

de feu le long de la colonne vertébrale, et, au bout de deux ans, les symptômes précédents s'étaient considérablement amendés. Le jour de son entrée à l'hôpital, 19 juillet 1877, la marche est encore un peu hésitante, lourde ; la sensibilité, légèrement diminuée ; le malade accuse une douleur en ceinture au niveau de l'ombilic, et quelques élancements douloureux dans les membres inférieurs ; mais il peut aller et venir, et, quoiqu'il se fatigue plus vite que par le passé, il fait encore d'assez longues marches dans la cour de l'hôpital.

Pendant trois semaines, temps de son séjour dans le service, on fit plusieurs cautérisations à la région lombaire ; en outre, le malade fut soumis à l'iodure de potassium. L'état général et l'état local étaient très-améliorés lors de la sortie.

OBSERVATIONS.

Obs. CXXXIX. — *Compression lente de la moelle. — Affection des vertèbres ou plaque de sclérose transverse. — Attaques multiples de tétanie généralisée et symptomatique. — Amélioration considérable.*

P. C., 38 ans, domestique.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, lit nº 5.

Renseignements. — Le malade a toujours été bien portant. Il n'a pas d'antécédents héréditaires. Il raconte que, étant soldat en Afrique, il a eu des fièvres intermittentes, qui d'ailleurs se sont parfaitement guéries ; elles auraient duré trois mois.

Rentré en France, P. a habité un pays humide, malsain. Au mois de mars 1868, il ressentit, immédiatement après son déjeuner, un malaise général, et très-rapidement il

perdit connaissance. Au dire des personnes avec lesquelles il se trouvait, il aurait eu une sorte de crise convulsive ; quand il revint à lui, il était faible, fatigué. La respiration était assez difficile. Il aurait éprouvé, à cette époque, pendant quelques jours, de véritables raideurs dans les bras, dans les jambes. Au bout d'une semaine, la guérison était complète.

En 1870, pendant la guerre, il a eu beaucoup à souffrir ; il a été fortement maltraité et a reçu dans le dos des coups de crosse de fusil qui l'ont forcé à garder le lit pendant plusieurs jours. Il a longtemps souffert des coups qu'il avait ainsi reçus.

Le 10 juin 1873, étant monté sur un cheval qu'il conduisait à l'abreuvoir, il ressentit tout d'un coup une violente douleur de tête ; puis il eut du vertige, et il tomba par terre, sans cependant perdre connaissance. Il resta ainsi quelques heures, ne pouvant pas marcher; cependant, dans la soirée, il rentra avec grand'peine chez lui. A onze heures du soir, le même jour, il ressentit de violentes douleurs au niveau de la région épigastrique, dans les mollets. En même temps, la respiration était pénible, anxieuse.

Le surlendemain, le malade fut conduit à l'hôpital de la Pitié ; toute la nuit, il avait beaucoup souffert dans les reins, dans les jambes. — Le malade affirme n'avoir jamais fait d'excès de boisson. Pas de syphilis.

12 *juin* 1873. — Lit n° 1, salle Saint-Raphaël. — Hôpital de la Pitié.

État actuel. — Le malade est de taille moyenne, un peu maigre. La face est rouge, surtout au niveau des pommettes ; la peau est chaude au toucher et couverte de sueur. — Langue blanche, saburrale ; constipation ; anorexie. Urine foncée, sans albumine. Examen de la poitrine et du cœur : aucune lésion. Les muscles de la face, du cou, du thorax, des membres supérieurs ne présentent rien de particulier.

Ceux de l'abdomen, tendus, rigides, dessinent très-nettement leurs faisceaux sous la peau. Les muscles des membres inférieurs sont également très-contracturés. Les cuisses, les jambes, les pieds se présentent dans l'extension forcée, aussi bien à droite qu'à gauche. Il est impossible, même en déployant une très-grande force, d'arriver à vaincre la contracture. Chaque effort que l'on fait a au contraire pour résultat de l'augmenter. Il en est de même de l'attouchement le plus léger à la surface de la peau.

Sous l'influence de la moindre excitation cutanée, on voit les muscles rigides, se convulser encore davantage; les membres inférieurs sont alors agités par de véritables secousses convulsives qui paraissent faire souffrir beaucoup le malade. De temps à autre, ces secousses convulsives, plus ou moins intenses, se produisent seules, sans aucune espèce d'excitation apparente.

Pas de troubles vaso-moteurs, ni de troubles de sensibilité. Le malade a l'intelligence intacte; il répond parfaitement bien aux questions qu'on lui adresse. T. A., 38°,2.

Marche de la maladie. Traitement. — On pratique une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine. Lavement purgatif.

12 *juin.* — Sommeil assez calme jusqu'à minuit. A 7 heures 1/2 du matin, le malade est pris d'un frisson assez violent qui dure une demi-heure. Immédiatement après le frisson, sueurs abondantes.

9 heures 1/2 du matin : T. A., 38°,4.

Midi : T. A., 37°,2.

On fait prendre immédiatement 2 grammes de sulfate de quinine.

Le malade, vers les 2 heures du soir, a une crise convulsive agitant tous les muscles contracturés de l'abdomen et des membres inférieurs. Cette crise est composée d'une série de secousses brèves, rapides, quelquefois extrême-

ment violentes ; les membres inférieurs sont alors projetés en dehors du lit. La crise dure cinquante minutes.

A 4 heures du soir, nouvelle crise convulsive, semblable à la précédente. Elle persiste près de deux heures.

13 *juin.* — Le sommeil a été bon. On continue les 2 grammes de sulfate de quinine, que l'on fait prendre en quatre fois.

8 heures 1/2 du matin : T. A., 37°,3.

Nouvelle crise convulsive vers 5 heures du soir.

14 *juin.* — La nuit a été moins bonne ; sueurs assez abondantes.

8 heures 3/4 du matin : T. A., 37°,5.

15 *juin.* — Les muscles sont beaucoup moins contracturés ; le malade peut exécuter les mouvements de flexion des jambes sur les cuisses, mais avec peine. De temps à autre, quelques crampes dans les muscles des mollets. T. A., 37°,4.

16 *juin.* — T. A., 37°,2.

17 *juin.* — Le malade peut se lever et marcher un peu ; mais la marche provoque des crampes assez violentes dans les membres inférieurs. T. A., 37°,5.

18 *juin.* — T. A., 37°,5.

19 *juin.* — T. A., 37°,2.

20 *juin.* — On ne donne plus que 2 grammes de sulfate de quinine.

27 *juin.* — On abaisse la dose de sulfate de quinine à 50 centigrammes.

8 *juillet.* — Le mieux continuant toujours, et le malade pouvant marcher à peu près bien, il part pour Vincennes.

30 *juillet* (1873). — Ce jour, le malade rentre dans le service. Il raconte qu'à Vincennes on lui a donné des douches froides de très-courte durée, quelques secondes à peine. Il aurait eu consécutivement deux crises convulsives.

Une nouvelle attaque de tétanie symptomatique a com-

mencé la veille de sa rentrée à l'hôpital de la Pitié : elle dure encore.

Le tronc est couvert de sueurs, la respiration assez difficile. Peau chaude. T. A., 38°,2.

Rien de particulier ni vers la poitrine, ni vers le cœur. Les muscles des membres inférieurs sont rigides, surtout *à gauche ;* antérieurement, c'était la jambe droite qui était le plus atteinte; les articulations sont dans l'extension forcée; les pieds fortement étendus sur les jambes; les orteils fléchis sur le pied : c'est à peine si le malade peut légèrement fléchir les deux genoux.

Outre ces contractures, le malade a, comme avant son départ, des crises convulsives complétement analogues à celles décrites à la date du 12 juin. — Ces crises sont rares; elles reviennent une ou deux fois par jour et durent en moyenne une demi-heure.

Le malade se plaint de douleurs dans les épaules ; la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres est douloureuse dans toute l'étendue de la colonne vertébrale, spécialement à la région lombaire et à la région sacrée. Les crises convulsives sont annoncées, quelques minutes à l'avance, par un mal de tête violent, qui persiste pendant toute la durée de celle-ci. On donne cinq grammes de bromure de potassium.

31 *juillet.* — La contracture des membres inférieurs dure encore. — Hier soir, à 5 heures, le malade a eu une crise très-violente de contracture spasmodique, analogue aux précédentes, mais beaucoup plus forte; elle a duré environ 3/4 d'heure.

Ce matin, l'état est assez bon. — 8 grammes de bromure de potassium. — Suppression du sulfate de quinine.

1er *août.* — Persistance de la contracture des membres inférieurs. — Pas de crise la veille; même état général et local. — 10 grammes de bromure.

Pas d'accès dans la journée, mais beaucoup de crampes. — Dans l'intervalle des accès, il y a toujours de la raideur des membres.

2 *août*. — A la visite, on trouve le malade avec une crise convulsive. — Les membres inférieurs sont étendus, contracturés, agités par des secousses tétaniques.

Les membres supérieurs sont eux-mêmes, pour la première fois, légèrement contracturés. — La tête est renversée en arrière ; cependant des mouvements spontanés peuvent encore être exécutés.

Toutes les 4, 5 secondes, il se produit une contraction des muscles de l'abdomen et de la colonne vertébrale, déterminant la projection du thorax en avant ; ces contractions s'accompagnent de douleurs musculaires ressemblant à des élancements, surtout dans la région lombaire.

T. A., 37°,8. — 12 grammes de bromure de potassium.

Les pouces, quelques instants après la visite, sont inclinés dans le creux de la main.

La crise a duré de 7 heures du matin à 1 heure de l'après-midi. Pendant l'intervalle des crises, le malade a quelquefois des contractions subites et involontaires des muscles du dos ou des membres.

3 *août*. — La contracture des membres inférieurs n'a pas encore cessé pendant une seule minute, depuis l'entrée du malade. — Pas de nouvelle crise ; 14 grammes de bromure de potassium.

4 *août*. — Même état ; les muscles des jambes sont toujours contracturés ; extension forcée des deux membres inférieurs. Cependant le malade dit qu'à certains moments les crampes sont moins fortes, et qu'il peut un peu fléchir les genoux. Encore 14 grammes de bromure.

5 *août*. — Contracture permanente des muscles des membres inférieurs. Pas de nouvelle crise de redoublement spasmodique ; le malade se trouve un peu moins

bien. Pas de changement dans l'état des membres ; le malade se plaint de souffrir de la tête.

6 *août.* — 2 pilules contenant chacune 25 millig. d'extrait de belladone ; de plus on donne toujours 14 grammes de bromure de potassium.

7 *août.* — Même état des membres inférieurs. Nouvelle crise le 6 août au soir, qui a duré de 5 à 6 heures. La crise s'annonce par de la céphalalgie et débute par des spasmes des muscles du tronc et des spasmes de l'œsophage. — Le malade a une sensation de boule qui lui monte à la gorge. Suppression du bromure de potassium. 3 pilules d'extrait de belladone.

Au moment de la visite, nouvelle crise qui a duré environ 1/4 d'heure. Application, au bas de la colonne vertébrale, d'une compresse imbibée de chlorofrome. On place un vésicatoire sur la ligne médiane, aux limites des régions lombaires et sacrées.

8 *août.* — Nouvelle et très-longue crise la veille au soir, à 5 heures. — 4 pilules d'extrait de belladone de 0 gr. 025 chacune.

9 *août.* — 11 *août.* — Suppression des pilules de belladone. Seigle ergoté, 2 grammes.

La contracture des membres inférieurs persiste encore au même degré. La peau de ces membres est un peu cyanosée en certains points ; pâle, dans d'autres : elle est froide et d'ordinaire couverte d'une humidité sudorale plus ou moins marquée. — On fait dans la journée du 10 et dans la matinée du 11, avant la nuit, une injection de 1 centigr. de chlorhydrate de morphine à chaque jambe.

12 *août.* — Persistance de la contracture des membres inférieurs. Hier, le malade a eu successivement deux crises : la première, de 5 à 6 heures du soir ; l'autre, de 11 heures 1/2 à 1 heure du matin. La dernière crise surtout a été très-violente. Ce matin, le malade est fatigué.

La contracture des membres inférieurs semble un peu moins prononcée que d'ordinaire. Seigle ergoté, 3 gr.

13 *août.* — 4 gr. de seigle ergoté. — Pas de nouvelle crise.

15 *août.* — Rien de nouveau. Même état des membres inférieurs.

20 *août.* — Température axil., 38°,5, au moment de la crise (huit heures et demie du matin).

Nouvelle crise, très-longue, qui dure de sept heures et demie du matin à une heure du soir. Elle a été complétement analogue aux précédentes; les contractions des muscles du dos et les mouvements de flexion de tout le corps en avant ont peut-être été plus violents que d'ordinaire. Grande fatigue du malade après la crise; douleurs le long du rachis, spécialement à la nuque, où l'on a fait sans résultat une application d'une compresse imbibée de chloroforme, à huit heures du matin.

22 *août.* — On chloroformise le malade. Les muscles se détendent lorsque la chloroformisation est poussée assez loin; mais les contractures reparaissent bientôt, dès qu'on cesse les inhalations.

23 *août.* — Crise convulsive qui a duré une heure, mais moins violente que d'habitude.

15 *septembre.* — Pendant trois jours, on essaye de traiter le malade par les courants continus ascendants; une des plaques est mise sur la cuisse au niveau du sciatique, l'autre sur la jambe au niveau des jumeaux; on laisse passer le courant pendant plus de six heures chacun des trois jours. — Aucun résultat appréciable. La contracture des membres inférieurs n'a pas cessé un seul instant, depuis le 30 juillet, si ce n'est le 22 août, sous l'influence de la chloroformisation.

17 *septembre.* — Hier, le malade a eu des crises douloureuses peu violentes, mais qui ont duré presque toute la journée.

26 *septembre*. — Le même état continue. — On fait sur la cuisse gauche du malade, à dix heures du matin, une injection sous-cutanée de 10 gouttes d'eau contenant 1 milligr. de solution d'hyoscyamine.

On supprime le seigle ergoté.

30 *septembre*. — Injection avec 1 milligr. 5 d'hyoscyamine.

1er *octobre*. — Nouvelle injection avec 2 milligr. sur la jambe gauche.

2 *octobre*. — Injection avec 2 milligr. 5.

4 *octobre*. — Injection avec 2 milligr. 5.

5 *octobre*. — Pas d'injection.

6 *octobre*. — Injection avec 3 milligr.

7 *octobre*. — Injection avec 3 milligr. 5.

8 *octobre*. — Injection avec 3 milligr. 5.

9 *octobre*. — Injection avec 3 milligr. 5.

10 *octobre*. — Injection avec 4 milligr.

11 *octobre*. — Injection avec 4 milligr. 5.

12 *octobre*. — Injection avec 5 milligr.

13 *octobre*. — Injection avec 6 milligr.

14 *octobre*. — Injection avec 6 milligr. La contracture n'a pas cessé et elle est aussi forte, ou à peu près, que lors de la rentrée du malade, le 31 juillet dernier.

Le 15, les membres inférieurs sont toujours contracturés en extension forcée, ainsi : pieds étendus, orteils fléchis vers la plante du pied. Les masses musculaires se dessinent sous la peau, et, lorsqu'on les saisit à pleine main, on éprouve une sensation de dureté, de rigidité très-grande.

La contracture est plus prononcée du côté gauche que du côté droit. Lorsqu'on cherche à fléchir soit la jambe, soit le pied du côté droit (où la contracture est moins prononcée), il se produit presque immédiatement un tremblement de tout le membre, qui dure pendant une à deux minutes. Du côté gauche, cette trémulation ne se montre

pas aussi facilement. Le chatouillement de la plante des pieds est sans résultat. Le contact simple n'est pas senti à la jambe droite. Le pincement n'y est perçu que sous forme de contact. — Le contact d'un corps froid n'engendre pas une sensation de froid aussi accusée que de l'autre côté. — La douleur à la piqûre est moins vive que de l'autre côté.

Sur la jambe gauche, la sensibilité est conservée sous tous ses modes, et le degré des sensations paraît normal.

Le malade éprouve de la raideur dans les reins et ne peut s'asseoir que très-difficilement. Les masses lombaires sont contracturées, ainsi que les muscles abdominaux.

La miction est lente, difficile. Pas de constipation. Le malade garde le lit.

15 *octobre.* — Injection sous-cutanée de 8 milligr. d'hyoscyamine.

16 *octobre.* — Injection sous-cutanée de 9 milligr. d'hyoscyamine.

17 *octobre.* — On suspend l'hyoscyamine et l'on donne deux pilules de nitrate d'argent de 1 centigr. chacune.

19 *octobre.* — Depuis huit à dix jours, le malade a, chaque matin, un tremblement généralisé avec sensation de froid. C'est un véritable frisson qui est suivi de chaleur à la peau. La rate est un peu volumineuse. Sulfate de quinine, 1 gr. 50.

20 *octobre.* — T. A. (neuf heures du matin), 37°,7.

Le malade est, ce matin, dans un état de surexcitation plus prononcé que d'habitude. — Douleurs épigastriques; pas de frisson. Sulfate de quinine, 1 gr. 50.

21 *octobre.* — Ce matin, les membres inférieurs sont encore dans l'extension, mais lorsqu'on presse ces masses musculaires entre les doigts, on éprouve une sensation de mollesse qui rappelle la sensation normale.

Les pieds sont encore en extension forcée, et il est dif-

ficile de les ramener à la flexion. Les muscles du thorax fonctionnent mal; un peu d'anhélation.

Il est évident que cette longue attaque de contracture tétanique des membres inférieurs touche à sa fin. Elle dure d'ailleurs, sans qu'il y ait un moment d'interruption, depuis le 28 ou le 29 juillet.

Le malade est très-abattu et très-fatigué. Il serre assez faiblement des deux mains.

22 *octobre.* — Le malade se trouve beaucoup mieux.

24 *octobre.* — Cinq pilules de nitrate d'argent. — La contracture est moins prononcée à la jambe gauche qu'à la droite. — Le malade peut exécuter des mouvements volontaires avec ses membres inférieurs, et les maintenir élevés pendant quelque temps au-dessus de son lit; mais alors il se produit des secousses spasmodiques dans le membre soulevé. Ces mouvements gagnent le tronc.

25 *octobre.* — Continuation du nitrate d'argent; 5 pilules de 0,01 centigr. chacune.

27 *octobre.* — On supprime le nitrate d'argent et l'on donne : Iodure de potassium, 1 gr. — Même état.

29 *octobre.* — Le malade a eu une nouvelle crise, qui a duré depuis hier soir sept heures jusqu'à ce matin, six heures. — Pas de secousses violentes.

Les muscles des membres inférieurs sont dans le relâchement; les mouvements volontaires des jambes et des pieds sont possibles, mais se font un peu difficilement; il persiste un peu de raideur.

La peau des membres inférieurs est froide et cyanosée par places.

Le simple contact n'est pas perçu sur la jambe droite; à la cuisse droite, il est perçu : du côté gauche, le plus léger attouchement sur un point quelconque détermine une sensation pénible. Le chatouillement de la peau est senti sur la jambe droite, mais moins qu'à gauche.

Le pincement produit une douleur moins vive.

Le contact d'un corps froid (crachoir en étain) donne une sensation de contact sur la peau de la jambe et non une sensation de froid. Sur la cuisse, le froid est perçu; du côté gauche, la sensation est normale.

Le malade dit que, lorsqu'il soulève alternativement ses membres inférieurs, le droit lui semble plus lourd que le gauche. L'état général est excellent.

14 *novembre.* — Le mieux continue ; les muscles ne sont plus rigides à la jambe; ils permettent des mouvements faciles de flexion et d'extension, surtout à droite.

La marche avec un bâton est assez facile.

15 *novembre.* — Cette nuit, sans cause appréciable, le malade a été pris de douleurs dans les lombes et dans les membres inférieurs.

Les muscles des jambes commencent à devenir durs; ce matin, il y a même un relief marqué des jumeaux à gauche. Les mouvements de flexion et d'extension sont beaucoup moins faciles que les jours précédents.

16 *novembre.* — Cette nuit, le malade a eu des crampes assez fortes dans les mollets. La crise douloureuse a disparu.

17 *novembre.* — Hier, dans la journée, crampes dans les mollets, mais pas de douleurs lombaires.

Il est impossible au malade de fléchir le pied ou le genou des deux côtés.

18 *novembre.* — Même état. Sulfate de quinine, 1 gramme; nitrate d'argent, 5 pilules.

Suppression de l'iodure de potassium. Rate volumineuse.

19 *novembre.* — Même état. Sulfate de quinine, 1 gr. 50.

24 *novembre.* — Suppression des pilules de nitrate d'argent. 2 pilules de sulfate d'atropine de 0,0005 = 0,001. Sulfate de quinine, 1 gr. 50.

26 *novembre.* — La contracture persiste, spasmes. 12 ven-

touses scarifiées sur la région lombaire. La veille, 3 pilules de sulfate d'atropine; aujourd'hui, 4 pilules.

27 *novembre.* — Sécheresse de l'arrière-bouche; aucun changement dans l'état des membres. On donne, à partir de ce jour, 5 centigr. d'extrait thébaïque.

28 *novembre.* — 7 centigr. et demi d'extrait thébaïque.

29 *novembre.* — 10 centigr. d'extrait thébaïque.

30 *novembre.* — Les douleurs spontanées sont beaucoup moindres depuis quelques jours.

1er *décembre.* — Quatre pilules d'extrait thébaïque de 0 gr. 05 chacune, de quatre en quatre heures. Plus de douleurs, ni de secousses.

2 *décembre.* — Cinq pilules. Pas de différence dans la durée du sommeil.

4 *décembre.* — Six pilules. — Même état.

5 *décembre.* — Six pilules. — Le malade dort bien peu depuis quelques jours.

6 *décembre.* — Ce matin, à six heures, presque immédiatement après sa première pilule d'extrait d'opium, le malade a été pris de douleurs dans le ventre avec secousses douloureuses. Les douleurs sont intenses et présentent, de temps à autre, des exacerbations pendant lesquelles le malade se tord dans son lit; il dit qu'alors il éprouve comme le besoin d'aller à la selle.

En outre, il accuse des douleurs laryngées; la parole est impossible à certains moments, et cependant les cris qu'il pousse sont toujours normaux.

Il peut un peu ouvrir la bouche; mais, dès qu'il exagère ce mouvement, il y a une forte et douloureuse contracture des muscles masséters, temporaux, ptérygoïdiens.

Le dos des mains est cyanosé.

Immédiatement après le début de la crise on constate que *la contracture des membres inférieurs a absolument disparu.*

Le malade est allé trois fois seulement à la garde-robe depuis quinze jours.

Le malade se plaint aussi d'avoir l'estomac chargé; on lui donne 1 gr. d'ipéca, qui provoque quelques vomituritions. Presque immédiatement après (sept heures et demie du matin), il rend par le rectum une grande quantité de matières stercorales, sous forme de petites boules brunes, dures. La défécation est douloureuse, mais elle est suivie d'un grand soulagement.

6 *décembre.* — Le malade est très-abattu, mais il souffre moins que ce matin. — Il se plaint toujours du ventre. — La voix est très-faible; il peut ouvrir la bouche sans éprouver de douleur dans les muscles temporaux.

7 *décembre.* — Ce matin, le malade est très-abattu; il répond tout bas et lentement aux questions qu'on lui fait, mais il ouvre mieux la bouche que la veille et avec moins de douleur.

8 *décembre.* — Le malade est toujours très-abattu; somnolent; il se plaint de douleurs continuelles dans la tête et dans les oreilles.

9 *décembre.* — Le malade va mieux; il ouvre complétement la bouche sans douleurs, mais il ne peut pas toujours porter la langue en avant; les douleurs de tête sont moins vives. — Les membres inférieurs sont dans le même état : ils ne sont pas contracturés de nouveau.

10 *décembre.* — Le malade est beaucoup moins abattu.

11 *décembre.* — Le malade va encore mieux.

12 *décembre.* — Le malade se plaint d'avoir eu des coliques cette nuit.

15 *décembre.* — Le malade va bien; les jambes sont dans le même état de relâchement.

17 *décembre.* — Le membre inférieur droit est faible. Lorsque le malade le soulève, le genou se dévie en dehors, et il se produit des contractions involontaires de certains

muscles de la cuisse (couturier, muscle du fascia). La sensibilité tactile est diminuée à la jambe gauche.

Ce membre est plus faible que le droit; le malade dit que, lorsqu'il cherche à se lever, le membre gauche se dérobe sous lui, tandis que le droit le soutiendrait, s'il n'était pas mû par des contractions spasmodiques.

19 *décembre.* — L'état est le même.

22 *décembre.* — On prescrit 1 gr. de teinture de noix vomique dans une potion.

30 *décembre.* — Même état des membres inférieurs; les muscles sont toujours dans le relâchement complet.

Le malade ne peut pas marcher; la jambe gauche ploie sous le poids du corps; la jambe droite est moins faible, mais elle est prise immédiatement de tremblements et de crampes.

La peau du dos du pied droit, des orteils de ce côté, est un peu plus colorée que celle du côté gauche. — Il y a de ce côté quelques plaques, peu étendues, d'un rouge sombre.

1874, 2 *janvier.* — A sept heures et demie du soir, le malade se plaignait de céphalalgie et de crampes d'estomac. — Déjà, dans l'après-midi, il avait ressenti dans les deux jambes, principalement dans la gauche, des spasmes et des crampes.

A huit heures du soir, voulant se soulever sur son lit, il ressentit une violente crampe dans le mollet gauche, et les contractures gagnèrent l'autre jambe.

Les deux jambes et les deux cuisses sont fortement contracturées et agitées par des secousses brusques; le tronc se porte en avant; de temps à autre, la tête est agitée par des mouvements de rotation; trismus violent, empêchant l'écartement des mâchoires. Secousses choréiques dans les membres supérieurs.

3 *janvier.* — Le malade est plus calme; les mouvements

convulsifs de la tête et du tronc ont disparu; il persiste seulement une contracture des membres inférieurs, en tous points semblable à celle des attaques antérieures.

Au moment de la visite, le malade est dans l'état suivant :

Les cuisses et les jambes sont le siége d'une contracture tonique donnant aux membres une dureté remarquable; les jumeaux et le soléaire, fortement contracturés, impriment aux deux pieds une extension permanente et exagérée.

Les quatre derniers orteils sont dans une flexion forcée sur le pied. — Seul, le gros orteil est dans une flexion moindre. — De temps en temps, les deux jambes sont agitées d'une sorte de trémulation interrompant la rigidité de la contracture. La peau est humide, couverte de sueur.

Température, 37°,8.

Douleur vive à la nuque lors des mouvements de la tête. — Cette douleur existe également au niveau des masséters.

Chloral hydraté, 4 gr., dans du sirop d'écorces d'oranges, par fractions, administrées de deux heures en deux heures.

Six heures du soir. — Le malade a pris 2 gr. de chloral. Il a dormi toute la journée, et à cette heure il est parfaitement calme.

4 *janvier.* — Même état. Température, 37°, 7.

Chloral hydraté, 4 grammes, par fractions, de deux heures en deux heures.

5 *janvier.* — Le malade a éprouvé une nouvelle série de convulsions qui ont débuté vers 8 heures du matin. Trismus. Opisthotonos. Les bras sont agités de mouvements convulsifs imprimant au membre une direction particulière. Le bras est dans une légère abduction, l'avant-bras dans une extension forcée ; les doigts, fléchis fortement sur la paume de la main, recouvrent le pouce, dont la première phalange sort entre les doigts index et médius.

Au moment de la visite, le malade est dans l'état suivant :

La tête peut être portée dans tous les sens assez facilement. Pas de contracture des muscles du cou.

Trismus imprimant à la prononciation un caractère particulier. Les bras sont contracturés et affectent la disposition décrite ci-dessus; la main ne peut être ouverte.

De temps en temps, les membres contracturés sont agités de mouvements convulsifs.

Les membres inférieurs sont contracturés, rigides, et dans leur position habituelle; la jambe est dans une extension complète sur la cuisse; les pieds fortement étendus. La contracture est plus marquée à la cuisse gauche qu'à droite. Une pression modérée sur la jambe détermine des secousses tétaniques tout à fait analogues à celles que présente une grenouille strychnisée.

Bien qu'il soit difficile de faire parler le malade longtemps, à cause de la contracture des muscles masticateurs, on apprend de lui que cette crise s'est produite comme la précédente, une sensation douloureuse a envahi les muscles de l'abdomen, puis les muscles thoraciques et a gagné les muscles postérieurs du cou et enfin les muscles de la mâchoire inférieure. Cette sensation s'accompagnait d'une contracture spasmodique des muscles, contracture qui n'a pas duré dans les muscles abdominaux et thoraciques (surtout région postérieure), mais qui a persisté quelques heures dans les muscles du cou et n'a point quitté les muscles de la mâchoire. C'est donc une sorte de tétanos ascendant qui s'est manifesté dans ce cas.

T. A., 38°,1. Continuation du chloral (4 gr.).

6 *janvier*. — Température, 37°, 1. Chloral, 4 grammes.

Hier au soir, à 5 heures, le malade était calme; il a dormi 2 heures; les jambes sont encore un peu agitées de tremblements, et les muscles des mollets, surtout le droit, sont contracturés. En outre, le malade se plaint d'éprouver quelques secousses douloureuses dans le

membre supérieur gauche; il fléchit plus difficilement le bras sur l'avant-bras.

Au moment de la visite, on remarque que la contracture des jambes est toujours dans le même état; quant aux membres supérieurs, le gauche est complétement libre; le droit offre encore un certain degré de contracture. Le trismus est beaucoup plus faible. Le malade peut ouvrir un peu la bouche ou du moins desserrer les dents : la parole est plus facile.

La jambe et la cuisse à droite présentent toujours une anesthésie assez marquée au tact, à la douleur et à la température; rien de semblable dans le membre inférieur gauche ni dans les membres supérieurs.

7 *janvier.* — Même état, sauf le trismus qui a disparu. La contracture affecte les extenseurs de l'avant-bras droit. Température, 37°, 4.

9 *janvier.* — Température, 37°, 5.

Après l'administration du chloral (2 gr.) à 11 heures du matin, le malade tombe dans un état demi-comateux, et on remarque sur tout le corps l'apparition de plaques rouges. Suppression du chloral.

10 *janvier.* — T. A., 37°, 9.

Dans la soirée, le malade a eu de légers mouvements convulsifs et un accès de sueur sous forme hémiplégique, limité au côté gauche du tronc.

12 *janvier.* — La contracture a totalement disparu. Elle a diminué peu à peu d'intensité dans la journée d'hier et dans la nuit, jusqu'à cesser complétement. Iodure de potassium, 1 gramme.

13 *janvier.* — État satisfaisant; plus de contractures.

15 *janvier.* — L'amélioration continue. Les masses musculaires des extrémités sont un peu amaigries, par suite du repos et de la mauvaise nutrition du malade. 1 gr. d'iodure de potassium.

19 *janvier.* — Le malade éprouve, de temps en temps, des élancements douloureux dans les jambes.

26 *janvier.* — Contractions fibrillaires très-fortes du côté gauche. — Iodure de potassium, 2 gr.

27 *janvier.* — Céphalalgie assez forte, et diarrhée depuis la veille; légers vertiges.

On trace avec l'extrémité d'une allumette deux raies sur chaque cuisse, à la partie antérieure et médiane.

La raie de la cuisse gauche montre une coloration rouge au bout de trente-cinq secondes; l'autre, du côté droit, ne commence guère que quinze ou vingt secondes plus tard.

Au bout de quatre minutes, la coloration rouge persiste encore un peu à gauche; elle est cependant moins accentuée. A droite, elle est moins marquée qu'à gauche, au bout de quatre minutes également.

Enfin, au bout de six minutes, la coloration rouge persiste encore un peu à gauche, tandis qu'à droite elle a presque complétement disparu.

30 *janvier.* — Une pilule de caféine de 5 centigr.

31 *janvier.* — 2 pilules de caféine. — Chloral, 2 gr.

2 *février.* — 3 pilules de caféine. — Iodure de potassium, 1 gr. — Suppression de la caféine, à cause de la diarrhée.

5 *février.* — La diarrhée continue.

6 *février.* — On reprend la caféine. Trois pilules. — Suppression de l'iodure de potassium.

9 *à* 11 *février.* — 5 pilules de caféine par jour.

12 *février.* — Mouvements involontaires brusques dans le bras et la jambe gauches; ces mouvements se présentent sous forme de secousses tétaniques; à la jambe, on détermine un tremblement réflexe, en fléchissant fortement le pied; ce tremblement réflexe est très-fort du côté gauche; à droite, l'excitation du pied gauche détermine du tremblement; mais ce tremblement dans le membre inférieur droit

ne se produit que lors d'une excitation; il ne se fait pas spontanément, comme dans le bras et la jambe gauches.

14 *février.* — La température des deux jambes est prise avec un thermomètre appliqué au niveau du mollet, et recouvert d'une couche de ouate fixée par un bandage. Mollet gauche, température : 33°,4. Mollet droit, température : 32°, 9. Différence, 5/10 de degré.

15 *février.* — 6 pilules de caféine. — Les secousses sont un peu moins fortes.

17 *février.* — Le tremblement a beaucoup diminué.

18 *février.* — Le tremblement a disparu dans le bras et la jambe ; il ne se manifeste pas spontanément, mais on peut le produire dans la jambe gauche en excitant la peau du membre.

20 *février.* — Le tremblement a cessé.

26 *février.* — Tremblements dans les membres supérieurs et inférieurs du côté gauche.

28 *février.* — Les secousses musculaires ne sont plus spontanées : elles se montrent après des excitations variées sur la peau ; la flexion imprimée par la main de l'observateur au pied provoque, dans l'un ou l'autre membre, un tremblement réflexe très-marqué de ce pied et bientôt de tout le membre correspondant. Parfois même, la trépidation se transmet à l'autre membre, surtout à la cuisse. Le tremblement cesse lorsqu'on laisse aller le pied.

17 *mars.* — Le malade se plaint d'avoir éprouvé cette nuit (pendant deux heures) de la douleur accompagnée de sueurs, limitée au côté gauche (il se couche sur le côté droit). De plus, sur ce côté, il avait une sensation de brûlure lorsqu'il touchait légèrement la peau de cette région (au niveau des dernières côtes et de la partie supérieure et latérale de l'abdomen). Badigeonnages de teinture d'iode.

18 *mars.* — La sueur du côté gauche s'est encore montrée cette nuit ; elle a duré jusqu'à minuit environ ; la sen-

sation de brûlure est limitée à l'hypochondre gauche par une ligne suivant le trajet des dernières fausses côtes ; elle ne dépasse pas la ligne médiane et s'étend en hauteur dans une très-petite étendue.

19 *mars.* — La sueur du côté gauche ne s'est pas montrée la nuit dernière.

Le malade accuse une sensation de brûlure dans la région lombaire et l'hypochondre gauche.

24 *mars.* — 10 pilules de caféine de 5 centigr.

25 *mars.* — Douleurs dans la région lombaire gauche.

27 *mars.* — Le malade n'a pu dormir cette nuit, à cause d'une sensation de brûlure se produisant au moindre frottement de ses draps et occupant toute la région de l'hypochondre du côté gauche. — A cinq heures du matin, il a été pris de contracture et de secousses musculaires dans la jambe gauche et le bras du même côté.

Entre six heures et demie et sept heures du matin, il prend 3 grammes de chloral. — A huit heures, les secousses sont moins fortes, et peu à peu le malade se calme et s'endort.

Suppression de la caféine.

28 *mars.* — Les contractions musculaires sont dans cette attaque, comme dans la précédente, prédominantes du côté gauche. — Elles ont lieu spontanément et sont réveillées par la moindre excitation. — En excitant la jambe gauche, on obtient des secousses tétaniformes dans le membre correspondant; ces secousses sont très-vives.

A droite, la réaction est moins forte; on n'obtient que de légères secousses.

Le malade accuse toujours une sensation de brûlure superficielle, cutanée, dans la région de l'hypochondre gauche. Même sensation à la région dorsale, surtout à gauche de la ligne médiane depuis la région scapulaire jusqu'à la région lombaire.

Les membres inférieurs n'ont pas une température augmentée ; elle paraît moindre qu'à l'état normal.

Sur l'hypochondre droit, la moindre excitation fait saillir les bulbes pileux ; du côté gauche, au contraire, on n'obtient pas cet effet. Le malade a pris hier 6 grammes de chloral et aujourd'hui 4 grammes.

29 *mars.* — L'état est à peu près le même ; les contractures sont cependant plus faibles. (2 grammes de chloral.)

30 *mars.* — Les contractions spontanées ont cessé ; il s'en produit lorsqu'on excite les jambes, surtout à gauche.

Suppression du chloral. — 6 pilules de caféine.

2 *avril.* — Même état. — 8 pilules de caféine.

3 *avril.* — Même état. — 10 pilules de caféine.

13 *avril.* — 24e *attaque.* — Hier, à quatre heures après midi, a commencé une nouvelle attaque de tétanie ascendante, avec alternatives d'opisthotonos et d'emprosthotonos, comme dans les précédentes attaques ; la raideur convulsive et l'excitabilité réflexe sont beaucoup plus marquées du côté gauche. (Suppression de la caféine.)

A la visite du matin, le malade présente un peu de trismus. — Les membres inférieurs sont fortement contracturés. — La contracture prédomine à gauche. Le moindre attouchement, de ce côté, provoque des secousses tétaniques dans les deux membres.

Les membres supérieurs présentent également des attaques convulsives. — Les pouces sont fortement fléchis dans la paume des mains.

14 *avril.* — Le malade a pris hier dans la journée 8 gr. de chloral, de trois heures en trois heures, par doses de 2 gr.

Dans la nuit, incontinence des matières fécales.

15 *avril.* — On donne le chloral hydraté jusqu'à ce que l'on obtienne le sommeil. Le malade en prend 12 grammes en six heures. Il s'endort vers midi. A son réveil, la contracture avait disparu.

16 *avril.* — Les contractures n'ont pas reparu; le malade se sent moins brisé que la veille. L'excitabilité réflexe de la moelle est toujours exagérée, surtout du côté gauche.

17 *avril.* — Le malade recommence à prendre de la caféine : 4 pilules de 5 centigr.

20 *avril.* — 10 pilules de caféine. — On a augmenté progressivement de deux pilules par jour.

On suspend la caféine et l'on donne 1 gramme d'iodure de potassium.

29 *avril.* — On prend de nouveau la température des deux jambes, au thermomètre; elle est de 35° pour chacune.

8 *mai.* — A six heures du matin, le malade a eu une nouvelle attaque convulsive, en tous points semblable aux anciennes attaques, mais beaucoup plus forte que les précédentes.

De six heures à neuf heures du matin, on lui donne 6 gr. 50 de chloral.

Le malade raconte, dans ses moments de calme, qu'il a reçu la veille une lettre lui apportant de fâcheuses nouvelles, et il attribue à l'émotion la nouvelle attaque.

Comme dans les attaques précédentes, il y a prédominance des contractures du côté gauche du corps.

9 *mai.* — Hier, à onze heures du matin, après avoir pris 10 grammes de chloral, le malade a dormi environ une heure; il s'est réveillé et n'a pas eu, de nouveau, des contractures tétaniformes.

L'excitabilité réflexe de la moelle est toujours augmentée, comme dans les attaques précédentes; le moindre attouchement, surtout à gauche, détermine dans la cuisse correspondante un tremblement convulsif.

10 *mai.* — Le malade est complétement remis; il ne présente plus de raideur dans les membres.

Il a pris hier 6 grammes de chloral.

Hier, dans l'après-midi, il est apparu, au niveau de la

face dorsale des deux poignets, deux larges taches annulaires d'un rouge foncé, qui ont disparu au bout de deux heures.

12 *mai.* — Le malade a eu hier des taches semblables sur la face et les poignets.

31 *mai.* — Légère attaque dans l'après-midi, bornée aux membres inférieurs ; le malade a pris 9 grammes de chloral.

1er *juin.* — Les extrémités inférieures sont dans un état de contracture assez marqué et présentent l'attitude habituelle des précédentes attaques. — Surexcitabilité médullaire très-marquée. — Douleurs lombaires assez vives. — 10 gr. de chloral dans la journée.

2 *juin.* — Les contractures des muscles fléchisseurs, qui imprimaient aux pieds une extension forcée, ont presque complétement disparu. — 4 grammes de chloral.

3 *juin.* — Les contractures des jambes sont comme la veille ; sueur du côté gauche du corps.

5 *juin.* — La raideur des masses musculaires des jambes a presque totalement disparu. — Les sueurs se présentent toujours sous la forme hémiplégique.

8 *juin.* — Le malade a eu hier une attaque qui a duré environ une heure et demie. Il a pris 10 grammes de chloral.

11 *juin.* — Le malade prend 14 grammes de chloral dans les vingt-quatre heures.

13 *juin.* — Le malade a eu hier une crise convulsive qui a duré 1 h. 1/2. Pendant cette crise, des plaques lie de vin sont apparues sur les jambes et aux genoux. — Chloral, 4 gr. On a remarqué que, même pendant le sommeil produit par le chloral, les contractures ne cessaient pas.

15 *juin.* — Le malade se sent beaucoup mieux. Les contractures ont beaucoup diminué. — 5 grammes de chloral.

16 *juin.* — Hier soir, à cinq heures, apparition de taches

rouges aux genoux, puis sur la figure, le cou et les poignets. — Ces taches sont apparues régulièrement tous les jours à la même heure (cinq heures du soir), depuis le 10 mai, jour où elles ont été signalées pour la première fois par le malade. Elles disparaissent vers 8 heures du soir. — Cependant, quelquefois, le lendemain matin, on en retrouve quelques traces, mais ce n'est plus qu'un léger érythème. Cette éruption paraît avoir pour cause véritable l'ingestion quotidienne de doses plus ou moins élevées de choral hydraté.

17 *juin.* — Aujourd'hui, le malade a eu une éruption vers deux heures de l'après-midi. — Elle a été accompagnée d'oppression, de maux de cœur et suivie d'une céphalalgie assez vive.

Hier, à cinq heures et demie, nouvelle éruption, peu considérable.

19 *juin.* — Hier, de nouveau, deux éruptions, l'une à deux heures, l'autre à cinq heures du soir.

21 *juin.* — Hier, le malade n'a pas eu d'éruption de taches, ni de malaise, à son heure habituelle (cinq heures du soir). Mais, à huit heures, il a éprouvé un léger mal de tête avec un peu de dyspnée, et il a vu apparaître une seule plaque rouge au niveau du poignet droit.

22 *juin.* — Eruption, peu étendue, à la même heure.

23 *juin.* — Idem.

24 *juin.* — Le malade n'a eu hier ni éruption ni malaise ; il est resté assis trois heures dans son fauteuil.

2 *juillet.* — Hier soir, le malade a eu un peu d'excitation ; il a pris 5 grammes de chloral. — Il ne s'est pas manifesté de phénomènes médullaires.

13 *juillet.* — Le malade, ayant eu hier un peu d'excitation, a pris 6 grammes de chloral. — Les tremblements spasmodiques diminuent. — 8 gr. de chloral.

16 *juillet.* — Le malade prend 9 gr. de chloral.

Vers cinq heures du soir, le malade vit arriver son éruption de taches, un peu moins étendues qu'à l'ordinaire. En même temps, le malade a un peu de dyspnée.

11 *août.* — Le malade a passé trois semaines dans le service de M. Gallard, pendant les réparations de la salle Saint-Raphaël; il a eu une attaque avec contracture, mais très-courte.

14 *août.* — Dans la nuit, nouvelle attaque convulsive. — 8 grammes de bromure de potassium; injection de chlorhydrate de morphine de 1 centigr. dans le dos.

14 *octobre.* — Nouvelle attaque convulsive (tétanie ascendante); elle a commencé le 13 dans la soirée; le malade a pris 12 gr. de chloral hydraté dans la nuit, mais sans effet bien marqué; l'attaque a un peu diminué vers trois heures du matin.

A la visite, on trouve les muscles dans un état de contracture complète; les muscles du cou sont eux-mêmes tétanisés.

15 *octobre.* — Le malade va mieux; il a repris 10 gr. de chloral dans les vingt-quatre heures; les jambes, les mains et le cou sont toujours contracturés.

17 *octobre.* — La crise s'est terminée hier matin; le malade ressent une courbature générale et des douleurs, principalement dans les fléchisseurs de l'avant-bras, à la nuque, à la moitié gauche de la face; ces douleurs lui donnent la sensation d'une brûlure.

19 *octobre.* — Le malade va bien; il n'a plus de contracture des membres. Il existe toujours de l'abolition de la sensibilité dans le membre inférieur droit, tandis qu'à gauche il y a de l'hyperesthésie.

30 *octobre.* — Après une contrariété, le malade a une nouvelle attaque, en tous points semblable aux précédentes, comme attitude des membres. Elle dure une heure. — Chloral hydraté, 20 grammes.

4 *janvier* 1875. — Le malade se plaint depuis deux jours d'une forte céphalalgie.

5 *janvier*. — Les jambes sont moins raides.

16 *janvier*. — Depuis une quinzaine de jours, les muscles du membre inférieur gauche sont dans le relâchement.

28 *janvier*. — Le malade est placé dans un cabinet où se trouve installé un appareil Trouvé, à courants continus. On commence à le soumettre à cette sorte de courants.

Le courant produit de la rougeur de la peau au niveau du point d'application des plaques, surtout au pôle négatif, et de petites secousses dans les muscles du dos et de la jambe.

31 *janvier*. — Les plaques, comme les jours précédents, sont appliquées sur la colonne vertébrale, le pôle négatif en haut; c'est dans ce dernier point que la douleur a le plus d'intensité; elle donne une sensation de brûlure. — En même temps, il se produit des tremblements et des fourmillements dans les deux bras. Le malade ne supporte que sept éléments.

5 *février*. — La sensation douloureuse est plus forte maintenant au pôle positif.

17 *février*. — Samedi soir, à cinq heures, nouvelle crise convulsive; elle dure jusqu'au lendemain 2 heures.

19 *février*. — Les douleurs ont cessé; le membre inférieur gauche est toujours rigide : on ne peut le toucher sans provoquer des secousses rapides, qui se produisent aussi, quoique à un moindre degré, dans le membre droit. — Celui-ci est insensible, comme auparavant.

Le malade a eu beaucoup de sueurs vers la fin de sa crise. — 13 grammes de chloral.

22 *mars*. — Le malade sort pour quelques jours. — Par suite d'un malentendu, l'administration refuse de le recevoir lorsqu'il demande à rentrer. — Il passe trois semaines à l'hôpital Necker.

10 *mai.* — Nouvelle attaque convulsive, commençant dans la soirée, persistant toute la nuit et le lendemain. — 12 grammes de chloral.

12 *mai.* — L'attaque s'est terminée dans la nuit. Le bras gauche et les jambes sont encore un peu tétanisés.

3 *novembre.* — Le malade, se plaignant d'affaiblissement de la vue, est examiné par M. Landold. Hyperesthésie de la rétine; diminution considérable de la vision. — Les deux papilles semblent un peu atrophiées. — La moitié interne seule a conservé une légère teinte rosée. — Les vaisseaux sont normaux. — L'atrophie est déjà bien accusée et en progression marquée.

1876, 17 *janvier.* — Le malade a été pris la veille, vers neuf heures du soir, d'une crise qui a débuté par des douleurs dans le dos ainsi que dans les membres inférieurs. — Il a les jambes et les bras contracturés, c'est-à-dire que les jambes sont dans l'extension complète; le pied est étendu sur la jambe; on peut impunément toucher la jambe droite; mais, dès que l'on touche à la gauche, le malade est aussitôt pris d'un tremblement général.

Quant au bras, la main est fermée, le pouce est recouvert par les autres doigts; la raideur musculaire ne s'étend qu'à l'avant-bras et au coude; si l'on essaye d'ouvrir les doigts, on cause au malade une douleur excessivement vive, ainsi qu'un tremblement limité au membre supérieur.

Il ressent en outre, sur la partie médiane de l'abdomen, des douleurs en ceinture excessivement vives et limitées au côté gauche. La région précordiale est le siége d'une hyperesthésie marquée.

19 *janvier.* — Le malade va un peu mieux; il souffre cependant toujours de la tête, et la sensibilité réflexe du côté gauche est toujours exaltée.

20 *janvier.* — Pollutions nocturnes très-fréquentes.

24 *janvier.* — La crise est complétement terminée; le ma-

lade a pu s'asseoir la veille dans le fauteuil. Depuis cette dernière crise, le pied gauche, qui, lorsqu'il s'appuyait dessus, se fléchissait toujours dans l'adduction, avec élévation du bord interne, conserve sa position normale sur le parquet.

25 *février*. — On transfère le malade à l'hôpital de la Charité. — 2 pilules de belladone de 5 centigr.

7 *avril*. — Le malade souffre depuis une quinzaine de jours de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Iodure de potassium, 1 gr. par jour.

14 *avril*. — Il commence à marcher avec des béquilles.

26 *mai*. — Le malade se plaint de ressentir depuis deux ou trois semaines un engourdissement assez prononcé sur le trajet du cubital droit. Le malade s'en plaint d'ailleurs depuis qu'il fait usage de béquilles. Par moments, lorsque le malade marche, il est obligé d'abandonner sa béquille, à cause de la douleur qui siége sur le trajet du nerf et qui est parfois accompagnée de fourmillements.

4 *juin*. — Le malade se plaint de douleurs siégeant le long de la colonne vertébrale et de légères faiblesses dans les jambes.

12 *juin*. — On commence de nouvelles séances d'électrisation avec les courants continus, en appliquant l'un des pôles sur la nuque, l'autre à la région lombaire de la colonne vertébrale.

6 *août*. — Le malade ressent, depuis la veille, des douleurs assez vives le long du dos et dans les jambes.

7 *août*. — Le malade a été pris la veille au soir d'une attaque de tétanie durant 12 heures.

Le malade a pris dans la journée 4 grammes de chloral. Pas d'amélioration.

8 *août*. — Nouvelle attaque de tétanie. On donne 12 gr. de chloral. La crise cesse dans la soirée; aussi le malade se

lève et peut marcher sans ses béquilles, en s'appuyant contre les murs.

9 *août*. — Attaque de tétanie presque généralisée à tout le système musculaire. On donne 14 gr. de chloral. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

10 *août*. — La crise est terminée. Il n'existe plus de contracture des membres supérieurs et inférieurs; seulement le malade ressent une grande fatigue et des douleurs au niveau des muscles de la région antérieure de l'avant-bras.

11 *août*. — La veille au soir, après avoir pris quelques grammes de chloral, le malade a eu une éruption rosée couvrant les joues et les bras. Cette éruption disparaît au bout de quelques heures. Rien de spécial à signaler pendant les autres mois.

1877, 9 *janvier*. — Le malade, dans la nuit du 8 au 9, est pris d'une nouvelle attaque de tétanie, annoncée par des crampes dans les mollets et par des douleurs d'estomac. Cette crise dure 24 heures. On donne 8 grammes de chloral.

10 *janvier*. — La crise continue. (10 grammes de chloral.)

11 *janvier*. — Les contractures des membres supérieurs diminuent beaucoup; les doigts sont à moitié ouverts ; les contractures des membres inférieurs persistent encore.

12 *janvier*. — La contracture a totalement disparu. État de courbature, de malaise général.

20 *mai*. — Attaque de tétanie. Elle persiste un jour et une nuit.

25 *juillet*. — Nouvelle attaque de tétanie pendant 24 h.

1[er] *août*. — L'état paraplégique s'est considérablement amendé; le malade, même sans béquilles, en boitant, peut marcher, mais bien lentement et bien difficilement; il sort en ville et fait d'assez longues courses avec ses béquilles ; d'ailleurs, la paralysie des membres inférieurs présente les mêmes caractères généraux qu'autrefois.

NOTA. — L'état de ce malade s'est amélioré progressive-

ment dans les mois suivants, malgré quelques crises passagères, semblables aux précédentes par l'intensité, mais de bien plus courte durée. Au commencement de 1878, P. a tout à fait abandonné ses béquilles pour aller et venir dans l'hôpital, pour monter et descendre les escaliers : il se sert alors uniquement d'une canne, et marche avec lenteur en boitant fortement du pied droit.

Obs. CXL. — *Méningo-myélite subaiguë avec compression de la moelle. — Amélioration progressive.*

Le nommé Colin Désiré, âgé de vingt et un ans, employé.

Entré le 19 juillet 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 4.

Renseignements. — Il y a cinq ans, le malade, jusqu'alors bien portant, commença à ressentir des douleurs dans les membres inférieurs ; ces douleurs n'apparaissaient que pendant la marche. Elles duraient quelque temps, puis disparaissaient par le repos ; il en fut ainsi pendant trois mois. Au bout de ce temps, elles devinrent permanentes ; elles existaient pendant la nuit comme pendant le jour, mais avec des périodes de rémission plus ou moins longues.

Au bout de trois mois environ, ces douleurs disparurent et furent remplacées par de l'engourdissement ; le malade ne sentait plus du tout ses membres inférieurs, qui étaient très-lourds à mouvoir ; bientôt les deux jambes devinrent très-tendues, raides. Aussitôt qu'il appuyait les pieds à terre, les jambes étaient agitées par un tremblement intense ; cet état aurait duré deux ans.

Le médecin, qui le vit alors, lui appliqua des pointes de feu le long de la colonne vertébrale. Il en éprouva un soulagement assez notable. Depuis un mois, les douleurs lombaires sont revenues assez intenses.

Etat actuel. — Le malade accuse une douleur en ceinture au niveau de l'ombilic ; c'est surtout pour ces douleurs lombaires qu'il entre à l'hôpital, car, aux membres

inférieurs, elles sont modérées. Depuis six mois, sa vue se fatigue, et, après un certain temps de travail, il n'y voit plus ; pour y remédier, il porte des lunettes à verres *convexes*. Élancements douloureux dans les membres inférieurs. C'est un homme encore assez bien constitué; ses réponses sont nettes et précises. Lorsqu'on lui fait tirer la langue, elle est agitée de légères contractions fibrillaires.

Tous les mouvements se font à peu près bien, même en faisant fermer les yeux du malade; cependant la marche est un peu hésitante et un peu lourde. Il est devenu maladroit de ses membres inférieurs.

La sensibilité cutanée est diminuée ; sur la main et l'avant-bras, il faut écarter les branches d'un compas de plus de 5 centimètres pour qu'elles soient perçues séparément. Sur les membres inférieurs, l'écartement doit être encore plus considérable. Du reste, lorsqu'on pince fortement la peau ou lorsqu'on pique avec une épingle, ce malade ne distingue pas la sensation d'avec un simple attouchement.

Les masses musculaires ont leur volume normal ; pas de contractures.

La miction et la défécation s'opèrent normalement.

Cœur. — Sain. Souffle doux à la base ainsi que dans les vaisseaux du cou.

Poumons. — Sains.

Urines. — Normales.

Traitement. — M. Vulpian fait des applications de pointes de feu le long de la colonne vertébrale (région lombaire). Il ordonne : iodure de potassium, 1 gr. ; vin de quinquina.

30 *juillet.* — Les douleurs des membres inférieurs sont un peu calmées. Nouvelle cautérisation.

5 *août.* — Le malade est certainement mieux. Encore quelques contractions fibrillaires dans les muscles des jambes.

Le 20 *août*, on évacue le malade dans un autre service.

E. — Tabes spasmodique.

L'espèce morbide désignée sous le nom de *tabes spasmodique* n'a son histoire clinique à peu près achevée que depuis quelques années. Le nom, dans tous les cas, est de date récente ; il a été employé pour la première fois par M. Charcot dans les leçons qu'il a consacrées à ce sujet, il y a deux ans, à l'hospice de la Salpêtrière.

Ollivier d'Angers avait déjà décrit les phénomènes essentiels de l'affection ; mais il la confondit avec d'autres maladies chroniques de la moelle épinière ; il en fut de même des observateurs qui suivirent. Erb, il y a quelques années, reprit l'étude de cette variété de myélite. Mieux que ses devanciers, il fit voir qu'il y avait un ensemble symptomatique à peu près constant, différent de celui des groupes morbides connus jusqu'alors, ensemble symptomatique qui, dans sa pensée, devait correspondre à une lésion également constante de la moelle ; il décrivit la marche de cette affection, son diagnostic ; mais c'est à M. le professeur Charcot que nous devons la description magistrale du tabes spasmodique. Dans ses leçons, si pleines d'enseignements, il appuya ses démonstrations de la présentation d'un grand nombre de malades qui étaient des types de l'affection. Quelques mois plus tard, le Dr Betous reprenait, dans sa thèse inaugurale, sous la direction de M. Charcot, l'ensemble de la question, en y ajoutant des documents importants.

L'étiologie de l'affection est inconnue, comme celle de la plupart des maladies chroniques de l'axe rachidien.

La symptomatologie est caractéristique. Les phénomènes se déroulent lentement, mais fatalement ; les membres sont envahis progressivement les uns après les autres ; chacun d'eux est frappé de la même façon et présente les

mêmes signes. La santé générale n'est pas le moins du monde compromise par la maladie ; celle-ci peut durer vingt ans, trente ans et plus, en s'accusant chaque jour un peu, sans que les malades éprouvent d'autres inconvénients que ceux qui résultent de la perte d'action d'un ou de plusieurs membres ; et encore, pendant longtemps, avec des jambes tendues comme des poteaux, ils peuvent cependant marcher. La marche est caractéristique : elle a lieu par petits sautillements ; elle s'effectue sur la pointe du pied, ce dont témoigne le mode d'usure des chaussures.

L'état de contraction tonique, presque permanent, des membres, est aussi caractéristique ; la trépidation spinale, habituellement très-accusée, gagne quelquefois les membres supérieurs ; la sensibilité est peu modifiée ; les masses musculaires sont intactes.

Ces symptômes, leur marche, leur progression, caractérisent suffisamment l'affection ; ils en font bien une maladie à part, distincte des autres affections chroniques de la moelle, et le nom de tabes spasmodique, proposé par M. Charcot, la spécifie parfaitement.

L'observation CXLI est un bel exemple de cette affection. Les phénomènes, peu marqués lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, se sont accentués pendant son séjour, et ils ont permis à M. Vulpian d'affirmer le diagnostic. Les renseignements montrent que chez cette femme, âgée de 49 ans, le membre inférieur gauche, il y a trois ans, commença à s'affaiblir progressivement ; cet affaiblissement est survenu sans cause appréciable ; il existait alors, dans ce membre, des fourmillements, de l'engourdissement, et parfois des contractions involontaires spasmodiques. Dix-huit mois après, mêmes phénomènes dans le membre supérieur gauche ; un an après, ils apparaissent dans le membre supérieur droit, et, cinq à six mois plus tard, dans le membre inférieur droit.

Au début, la malade éprouvait surtout ces phénomènes lorsqu'elle était couchée ; il lui arriva souvent, à cette époque, comme cela lui est arrivé depuis, de laisser tomber les objets qu'elle tenait dans ses mains, surtout dans la gauche.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on constate que les membres n'ont subi aucune diminution de volume ; toutes les masses musculaires ont leur relief habituel.

Les mouvements réflexes, provoqués par le chatouillement, sont un peu diminués dans la jambe droite ; de même, à gauche ; dans ce membre, le phénomène est plus accusé. Si l'on relève doucement le pied gauche, on n'obtient pas de trépidation ; mais, si l'on fait marcher la malade et si on la fatigue ainsi un peu, en abaissant fortement la plante du pied, la jambe étant tenue rigide, alors la trépidation spinale apparaît ; souvent elle gagne l'autre jambe et même les membres supérieurs. Les contractions spasmodiques se continuent quelquefois fort longtemps après qu'on a cessé l'extension forcée ; ces phénomènes de trépidation sont faciles à obtenir à la jambe gauche.

Le tact simple est un peu diminué à la surface de cette même jambe.

La malade se fatigue très-vite étant debout ; parfois des contractions rapides, qui font fléchir les jambes involontairement, se produisent. La marche est saccadée, comme oscillante. Si le départ a lieu du pied gauche, le talon est brusquement soulevé par une contracture très-énergique des jumeaux ; en même temps, le corps tout entier est porté en avant et s'élève sur la pointe du pied ; puis, il retombe sur l'autre pied, et ainsi de suite ; avec la jambe droite, le phénomène est moins accusé.

Les deux bras sont légèrement paralysés, le gauche plus que le droit. Si les mains sont étendues, elles sont agitées par un tremblement rhythmique de haut en bas ; actuellement encore, la malade laisse quelquefois échapper les

objets qu'elle tient à la main; la gauche est encore plus inhabile que la droite.

Après trois semaines de séjour à l'hôpital, la trépidation spinale spontanée se montra pour la première fois et se reproduisit souvent depuis. Plus tard, au bout de quelques mois, la marche devint impossible; la malade se sentait quelquefois entraînée à marcher en avant; d'autres fois, au contraire, il y avait rétropulsion; la contracture des membres augmente; quelques douleurs légères dans les bras, dans les jambes; la marche a toujours lieu par une sorte de sautillement sur la pointe des souliers, usés surtout en avant, le soulier gauche davantage que le droit.

Chez cette malade, les membres inférieurs n'étaient pas appliqués contre le sol par leur rigidité, la contracture étant trop peu accentuée. Quoi qu'il en soit, nous nous sommes bien trouvés en présence du tabes spasmodique.

Quelle est la lésion ? où est son siége ? quelle est la région de la moelle atteinte? M. Charcot, prenant en considération, d'une part le symptôme prédominant, la contracture, et d'autre part le mode suivant lequel il s'établit et progresse, avait songé à une lésion inflammatoire chronique des cordons latéraux. Il n'existe, dans la science, qu'une seule autopsie, celle de la Salpêtrière, consignée dans la thèse de M. Bétous. On trouva une série de petites plaques de sclérose disséminées un peu partout sur toute la longueur de la moelle; il y en avait beaucoup le long des cordons latéraux. A propos de cette femme, M. Charcot, dictant l'observation, me disait : « Il y a là des symptômes plus complexes que dans les cas types de tabes spasmodique; peut-être y a-t-il une lésion que je ne soupçonne pas. » L'autopsie montra combien son doute était fondé.

On comprend d'ailleurs que de petites plaques de sclérose occupant principalement la région latérale de la moelle puissent produire un ensemble symptomatique

analogue à celui déterminé par la lésion des cordons latéraux ; peut-être, après tout, est-ce là la lésion constante du tabes spasmodique, l'évolution des phénomènes concordant bien avec la marche qu'affectent d'habitude les lésions de la sclérose en plaques disséminées.

M. Pitres, dans un travail récent, vient d'appeler l'attention sur quelques formes anormales de la sclérose en plaques. Parmi ces dernières, il cite précisément l'observation à laquelle je faisais allusion plus haut. L'avenir prononcera définitivement sur la nature des lésions qui se traduisent par l'ensemble symptomatique désigné sous le nom de tabes spasmodique.

OBSERVATION

Obs. CXLI. — *Tabes spasmodique. — Symptômes paralytiques et spasmodiques progressivement croissants, gagnant successivement les membres les uns après les autres.*

La nommée C..., Justine, 49 ans, domestique.

Entrée le 17 avril 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 20.

Renseignements. — La malade est, dit-elle, d'une bonne constitution; mais elle est très-facilement portée aux rires ou aux larmes; cependant elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, ni de perte de connaissance. Migraines fréquentes.

A 19 ans, fièvre typhoïde grave, avec délire. La convalescence aurait été longue; quatre mois après, rougeole très-bénigne.

Réglée à 17 ans; règles irrégulières et peu abondantes.

La malade raconte que depuis trois ans son membre inférieur gauche s'affaiblit progressivement.

Cet affaiblissement est survenu sans cause appréciable. Dix-huit mois après, le membre supérieur gauche a été pris, à son tour, d'engourdissement; puis, un an après, le membre supérieur droit; enfin l'affaiblissement gagna le membre inférieur droit, cinq à six mois plus tard. Les phénomènes se sont principalement accentués dans les membres inférieurs.

Au début de ces phénomènes, il a existé des fourmillements, de l'engourdissement; plus tard, il est survenu, dans les muscles extenseurs de la jambe et dans ceux de la cuisse gauche, des contractions involontaires spasmodiques; ces crampes se montraient à intervalles très-irréguliers et étaient suivies d'un sentiment de pesanteur, de lassitude dans le membre; elles duraient de quelques minutes à dix minutes.

La malade éprouve surtout ces contractures lorsqu'elle est couchée. Elle a perdu la conscience de l'effort qu'elle est obligée de faire pour maintenir les objets qu'elle tient dans la main.

Rien à noter du côté de la vessie et du rectum.

La malade a ressenti des douleurs dans les membres et dans les lombes; mais elle ne peut donner aucune explication sur la nature de ces douleurs.

Etat actuel. — Femme d'apparence robuste; état général excellent. Les membres n'ont pas subi de diminution dans leur volume. Pas de tremblements spontanés des masses musculaires au moment de l'examen.

En chatouillant la plante des pieds, on constate que les mouvements réflexes provoqués sont un peu diminués à droite et davantage à gauche. Si l'on relève doucement le pied gauche, on n'obtient pas de trépidation; il faut, pour arriver à ce résultat, faire marcher la malade; la trépidation spinale est surtout marquée quand, après avoir fatigué la malade par la marche, on abaisse fortement la plante du

pied, la jambe étant tenue rigide ; alors souvent la trépidation gagne l'autre jambe, et même les bras; elle continue fort longtemps après qu'on a cessé l'extension forcée. Les phénomènes de trépidation sont très-faciles à provoquer dans la jambe gauche.

La sensibilité (tact simple) est un peu amoindrie à la jambe et à la cuisse du côté gauche ; on peut promener le doigt à la surface de la peau, et même exercer une légère pression sans que la malade en ait connaissance ; elle sent très-bien si on la pique ou si on la pince.

La malade, debout, se fatigue très-vite ; il survient quelquefois des contractions qui font fléchir la jambe sur la cuisse et celle-ci sur le bassin ; ce phénomène est plus accusé à gauche ; quelquefois, il se produit de la trépidation des muscles du membre inférieur. Cependant la malade ne perd pas son équilibre ; seulement la marche est comme saccadée, oscillante.

Chaque pas se décompose très-nettement. Si le départ a lieu du pied gauche, le talon est brusquement soulevé par une contraction très-énergique des jumeaux ; en même temps, le corps se porte en avant et s'élève sur la pointe du pied, sans que pour cela la malade perde l'équilibre ; il semble se faire un léger temps d'arrêt, puis le tronc retombe lourdement sur l'autre pied.

La main gauche est plus faible que la main droite. Il existe du tremblement dans les deux mains lorsqu'elles sont étendues ; ce tremblement est plus marqué à la main gauche ; fourmillements pénibles dans ces parties des membres ; souvent, la malade laisse tomber ce qu'elle tient à la main sans s'en douter.

Traitement. — On ordonne 1 gr. d'iodure de potassium. En outre, on pratique des cautérisations ponctuées sur la région vertébrale tous les dix jours. Vin de quinquina.

7 *mai.* — La trépidation spontanée apparaît pour la pre-

mière fois. Les masses musculaires des membres inférieurs sont agitées par des secousses convulsives, se succédant avec une extrême rapidité. Le tremblement spinal dure cinq minutes environ. En outre, la malade éprouve une vive douleur le long du trajet du nerf radial gauche. Cette douleur persiste très-peu de temps.

15 *mai.* — La malade, si elle se fatigue la vue, voit trouble et ne peut continuer son ouvrage.

15 *juin.* — Certaines modifications se sont produites dans l'état général.

L'anesthésie constatée à la jambe gauche a disparu presque complétement; en revanche, la marche est plus difficile. Pour l'effectuer, la malade porte le corps en avant, et elle tomberait si elle ne se retenait à quelque objet. D'autres fois, elle se rejette en arrière pour éviter une chute en avant.

La trépidation se provoque facilement. On ne réussit pas toujours à la faire naître par une simple flexion du pied sur la jambe, mais on y arrive en maintenant le pied redressé pendant deux ou trois minutes. Alors apparaissent de légères oscillations du pied avec flexion et extension alternatives, puis des mouvements de trépidation musculaires rhythmés, dans les muscles de la jambe et de la cuisse. Ces mouvements passent parfois dans le membre inférieur du côté opposé, et même on peut voir se produire des oscillations rhythmiques dans les masses musculaires des mains. On provoque ces phénomènes plus facilement dans le membre inférieur gauche que dans le droit. La trépidation offre alors une intensité considérable. Elle commence par le membre inférieur gauche, en général, puis s'étend aux deux membres ; elle est quelquefois assez forte pour agiter tout le corps de la malade.

Il existe également des oscillations rhythmées dans les membres supérieurs. Ces accès, qui étaient très-rares au

début, sont devenus plus fréquents; ils se produisent presque tous les deux jours. La malade sort le 18 juin 1877.

A ce moment, la malade marche encore assez bien, en s'aidant habituellement d'une canne.

Elle se soulève sur le pied droit en oscillant un peu, et brusquement, en glissant, elle retombe sur le pied gauche un peu lourdement; lorsqu'elle se soulève sur ce pied gauche, il n'y a pas un mouvement d'oscillation aussi marqué. On a constaté aussi que, dans le mouvement de soulèvement des pieds, il y a l'abaissement du bout du pied avec tendance à la production d'une sorte de pied varus équin peu marqué; cette attitude du pied dans la marche est surtout accentuée à gauche.

Pour descendre les escaliers, la malade est obligée de se cramponner à la rampe avec les deux mains; sans quoi, elle tomberait en avant; lorsqu'elle marche, elle se sent quelquefois entraînée en avant malgré elle. Parfois, il y a, au contraire, tendance à la rétropulsion.

Douleurs dans les mains, consistant surtout en fourmillements douloureux. Elle laisse moins tomber les objets de ses mains. Pas d'atrophie des muscles des divers membres. Pas de fourmillements dans les pieds, avec lesquels elle sent bien le sol et la différence entre le parquet et le carreau, etc. Les chaussures sont usées à la pointe, celle de gauche principalement. L'état général est très-bon.

ARTICLE SECOND

Des atrophies musculaires.

Le groupe des atrophies musculaires a été profondément modifié depuis une vingtaine d'années environ. Il est démontré aujourd'hui, d'une façon indiscutable, que le plus grand nombre de ces atrophies est sous la dépen-

dance d'une lésion circonscrite des centres nerveux, lésion toujours la même et portant toujours sur les mêmes éléments nerveux. Dans la moelle, dans le bulbe, la lésion de laquelle relèvent certaines atrophies musculaires consiste dans une destruction des cellules nerveuses des cornes antérieures, sur une étendue plus ou moins considérable de la substance grise. L'altération des cellules amène l'abolition de l'activité physiologique de ces éléments, qui disparaissent par atrophie. Le processus morbide, qui a pour conséquence l'atrophie des cellules, n'est pas encore bien déterminé. S'agit-il, dans tous les cas, d'une inflammation? Cette inflammation commence-t-elle par les cellules elles-mêmes, ou par la névroglie? Autant de questions discutées et non résolues.

Quoi qu'il en soit, l'atrophie musculaire étant reconnue, l'on conçoit très-bien qu'elle puisse être la conséquence, — ces cellules motrices constituant les centres trophiques des muscles, — ou d'une lésion de ces cellules, ou d'une lésion des nerfs qui en émanent. L'atrophie musculaire peut également dépendre d'une lésion des muscles, lésion par altérations proprement dites du tissu, ou lésion par mécanisme prétendu réflexe, c'est-à-dire par influence d'une affection périphérique sur les cellules nerveuses de la moelle et par modification du pouvoir trophique de ces cellules : c'est ce qui a lieu, par exemple, dans les cas d'atrophie musculaire liée à des affections articulaires récentes ou anciennes. Les atrophies musculaires, dont la description est contenue dans cet article, rentrent dans la première et dans la seconde catégorie : lésions des cellules nerveuses, lésions des nerfs.

L'étude des symptômes des atrophies musculaires, de leur mode de début, de leur marche, de leurs terminaisons, a, en outre, enseigné ce fait d'une importance capitale : la lésion des cellules nerveuses des cornes antérieures de la

moelle est primordiale, ou bien elle est consécutive aux altérations de voisinage de la moelle. Cet organe ne constitue pas une unité définie ; il est composé d'une série d'éléments, à rôles distincts, mais concourant tous au but définitif. Les lésions de la moelle peuvent donc affecter telle ou telle partie, en produisant ainsi des maladies spéciales ; mais la solidarité physiologique explique la solidarité pathologique et fait comprendre comment un très-grand nombre d'affections de la moelle épinière peuvent se compliquer les unes les autres ; c'est là précisément le cas de l'atrophie musculaire. Ou bien la maladie, comme je le disais plus haut, est primordiale, ou bien elle est consécutive, et ce groupe des atrophies musculaires est des plus importants. Dans ces cas, l'atrophie musculaire est symptomatique, et elle a une tout autre signification, un tout autre avenir, une tout autre valeur diagnostique et pronostique que dans celle qui est protopathique, pour employer l'expression du professeur Requin.

Les affections aiguës de la moelle, comme les affections chroniques, peuvent se compliquer de lésions des cellules motrices des cornes antérieures, et par suite d'atrophie musculaire : ainsi la myélite aiguë généralisée, la téphromyélite antérieure, la myélite de la paralysie infantile, sur laquelle je reviendrai plus loin, la myélite subaiguë centrale, ces cas que Duchenne décrivait sous les noms de paralysies spinales antérieures subaiguës, toutes les myélites chroniques : celle des faisceaux antérieurs, celle des faisceaux postérieurs, celle des cordons latéraux. — On connaît à cet égard les belles études publiées par M. Charcot sur la sclérose symétrique des cordons latéraux, celles de M. Charcot et de M. Vulpian sur la sclérose en plaques, etc., etc.

L'*atrophie musculaire protopathique*, encore appelée atrophie musculaire *progressive*, constitue un groupe à part et le plus important. La lésion fondamentale et primitive a

son siége dans les cellules motrices des cornes antérieures; elle est progressive, fatale; elle marche toujours, mais plus ou moins vite, suivant les individus. Elle n'a aucune influence sur la santé générale; elle tue lorsque la lésion a compromis l'origine de certains nerfs tenant sous leur dépendance des muscles dont le fonctionnement est indispensable à la vie, diaphragme, muscles intercostaux, pectoraux, etc.; voilà son caractère principal; voilà le fait dominant de son histoire.

En suivant avec attention, jour par jour, la marche de la maladie, on voit les muscles s'atrophier, petit à petit, dans les parties du corps qui sont successivement envahies. La paralysie des muscles n'est pas brusque, instantanée; elle est progressive; la contractilité musculaire n'est pas réduite au minimum au bout de quelques jours; sa disparition est lente; on voit que les muscles se détruisent faisceau par faisceau, fibre par fibre. Le plus souvent, la paralysie est exactement adéquate à l'atrophie; elle ne la précède pas; elle en est la conséquence (Vulpian, vaso-moteurs).

Voilà, dans ce qu'elle a d'essentiel, l'atrophie musculaire progressive type; l'observation CXLII en est un bel exemple. Il importe, à propos du malade qui fait l'objet de cette observation, de mettre en relief un détail d'une certaine importance. Ce malade était typographe depuis l'âge de 16 ans. Son métier l'obligeait à manier constamment les caractères de composition, et, lorsqu'il faisait des corrections, il mettait les caractères dans sa bouche. Dans ces conditions, il a eu des accidents d'intoxication saturnine; à 20 ans, première colique de plomb, qui dura deux jours; à 32 ans, nouvelle attaque de coliques; à 34 ans, également une colique de plomb. A son entrée à l'hôpital, il avait un liseré saturnin des plus évidents. L'atrophie musculaire, dans ce cas, pouvait être mise sur

le compte de la paralysie saturnine, et cette erreur a été commise par plusieurs médecins. Il suffisait, pour l'éviter, de prendre en considération le mode de distribution de l'atrophie musculaire et l'état de la contractilité électrique faradique; les muscles, en voie d'atrophie, en effet, se contractaient encore en certains points, grâce aux faisceaux de fibres musculaires restés intacts; dans la paralysie saturnine, avec ou sans atrophie, cette contractilité est abolie.

La lecture attentive de l'observation de ce malade montre encore un fait sur lequel les cliniciens, et M. Charcot en particulier, ont insisté. L'évolution de l'atrophie musculaire progressive n'a été accompagnée d'aucun phénomène douloureux. Si le fait est exact dans l'immense majorité des cas, il n'en est pas toujours ainsi; l'observation CLXIII en est la preuve.

Le malade, âgé de 48 ans, souffre de son affection actuelle depuis 1854 ; il travaillait à l'aide d'un métier Jacquard; ce travail l'obligeait à élever et à abaisser alternativement les bras pendant toute la journée. Il fut pris brusquement, sans cause connue, de faiblesse dans l'épaule droite; le bras tomba inerte le long du corps. A plusieurs reprises, il essaya de reprendre son travail; il ne put y parvenir. Jusqu'en 1872, les accidents primitifs restèrent à peu près dans le même état. A cette époque, au mois de décembre, il éprouva une douleur sourde, continue, suivant exactement le trajet du nerf radial. Bientôt le malade s'aperçut de faiblesse dans le bras gauche, au moment où il boutonnait son faux col. Quatre à cinq jours plus tard, la faiblesse devint plus considérable; le malade était obligé de porter sa main gauche à l'aide de la droite.

Trois mois après, il ressentit, tout à coup, une douleur extrêmement violente dans les muscles de l'épaule gauche ; il ne pouvait déjà plus soulever son bras. Depuis cette époque, le malade a eu des douleurs mobiles

siégeant dans les différents points du corps. Parmi ces douleurs, surtout intenses la nuit, il en est qui sont localisées sur le trajet de certains nerfs se rendant à des groupes de muscles en voie d'atrophie. Ainsi, si l'on presse sur l'éminence thénar, au niveau de la branche que lui envoie le médian, on produit une douleur vive, avec un réflexe très-intense. Il existe, en même temps, des secousses fibrillaires dans les muscles, secousses quelquefois assez fortes pour imprimer à ses membres, et en particulier aux supérieurs, un tremblement assez étendu. Puis les douleurs apparurent dans le dos, au niveau de la troisième vertèbre dorsale, à la partie externe du bras gauche, aux talons, dans les articulations des deux pieds, à la main droite, à l'épaule, à la nuque, à la face, dans l'oreille, etc.

Ces douleurs ont toujours eu la forme névralgique ; il y avait un élément continu, des élancements, des crises plus ou moins violentes, et des points douloureux à la pression, et, fait des plus remarquables, ces douleurs précédaient toujours de quelque temps les atrophies musculaires ; elles occupaient précisément le trajet des nerfs se rendant aux muscles qui allaient s'atrophier. Lorsqu'une partie d'un membre devait s'atrophier, il y avait, en général, pendant un, deux ou trois jours, des douleurs vives dans cette partie, puis elle se paralysait assez brusquement, et ce n'était qu'à partir de ce moment que le travail d'atrophie commençait à s'effectuer. Voilà le trait clinique tout particulier de cette observation et ce qui lui donne un si grand intérêt [1].

Dans ce cas, l'atrophie musculaire procède par poussées

1. Cette observation et quelques autres de ce chapitre comportent une série de considérations cliniques qui ont déjà été mises en évidence par M. Vulpian dans ses cours et dans diverses publications. M. le docteur Bourceret en a publié également quelques-unes dans un travail des plus remarquables inséré dans les *Archives de physiologie* de cette année.

successives. Ces poussées sont précédées d'une période douloureuse; il semble qu'il y ait une irritation inflammatoire aiguë de la moelle, durant un certain temps, s'éteignant ensuite pour se reproduire de nouveau, avec les mêmes phénomènes, et ainsi de suite; et il n'existe bien que l'atrophie musculaire, sans autres symptômes indiquant que des régions de l'axe rachidien autres que les cellules motrices des cornes antérieures participent au processus. De plus, la maladie est progressive; sa marche est fatale, envahissante.

Il suffit, pour en être convaincu, de comparer l'état actuel du malade à ce qu'il était tout à fait au début de la maladie, en 1854. A cette époque, le bras gauche seulement était en voie d'atrophie; aujourd'hui, les muscles du côté droit sont, d'une manière générale, beaucoup plus atrophiés que ceux du côté gauche. Les muscles de l'éminence thénar, à droite, ont disparu, ainsi que les extenseurs de l'avant-bras; il n'en persiste pour ainsi dire plus qu'un faisceau. Le biceps est extrêmement atrophié; il en est de même du deltoïde.

Au bras gauche, mêmes lésions, mais moins accentuées.

L'état de la contractilité électrique, examiné bien des fois, a toujours été celui que l'on indique dans l'atrophie musculaire progressive protopathique (type Duchenne-Aran); c'est-à-dire que la contractilité musculaire a été en raison du nombre de fibres conservées dans le muscle soumis à l'examen. Il faut ajouter aussi que la sensibilité, sous tous ses modes, a été conservée, y compris la sensibilité électrique.

L'observation de ce malade présente, à un haut degré, un phénomène souvent observé dans d'autres cas d'atrophie musculaire progressive. M. Vulpian a fait remarquer que dans cette maladie, comme d'ailleurs dans la paralysie atrophique de l'enfance, il n'est pas rare de trouver des modi-

fications de la circulation locale dans les régions atteintes par l'atrophie. Or, chez notre malade, les mains sont *toujours violacées*, *livides*, et elles donnent, quand on les touche, une sensation de *froid considérable*. L'électrisation de la peau du dos de la main, qui est cyanosée, produit une plaque à contours irréguliers, au niveau de laquelle la coloration bleuâtre, uniforme, est remplacée par une teinte rougeâtre, marbrée de petites taches blanchâtres. Ce phénomène n'a lieu qu'un quart de minute environ après l'électrisation. M. Vulpian explique la teinte habituelle de la peau des mains dans ce cas, en admettant un resserrement des artérioles, lequel entraîne comme conséquence une stase veineuse et surtout capillaire.

J'ai rappelé que, dans ce cas, l'atrophie musculaire était précédée de douleurs très-vives et de secousses fibrillaires violentes. Pour être plus exact, voici ce que M. Vulpian a constaté à diverses reprises et ce qu'il a montré aux personnes qui assistaient aux visites. A un certain moment de l'évolution de l'affection, le malade ressentait une vive douleur dans une partie, dans la région de l'éminence thénar, par exemple; au bout de 2 ou 3 jours de douleurs, en quelques heures se produisait une paralysie complète des muscles de cette région, et l'atrophie s'effectuait ensuite progressivement et assez lentement.

La médication interne, sous toutes ses formes, n'a eu aucune prise sur ces accidents; mais ils ont été peut-être enrayés, tout au moins certainement atténués par la cautérisation ponctuée, un peu profonde, fréquemment répétée, pratiquée le long de la colonne vertébrale, de chaque côté des apophyes épineuses. Cette cautérisation a eu constamment pour effet de faire disparaître pendant une, deux ou trois semaines, et même pendant un temps plus long, les douleurs éprouvées par le malade dans les lombes, dans les flancs, dans les cuisses, et en même temps il y

avait atténuation ou même cessation des contractions irrégulières, fibrillaires ou plutôt fasciculaires qui se montraient çà et là, de temps à autre, dans les cuisses, ou dans les muscles des parois thoraco-abdominales. Le soulagement était tel que le malade réclamait la cautérisation avec instance, dès qu'il ressentait ces douleurs et ces spasmes musculaires.

Dans la première observation, comme dans la seconde, la notion étiologique ne se dégage pas nettement. Le premier malade, il est vrai, était un alcoolique; le second a eu la syphilis. Ce sont là des renseignements sans grande valeur; ces sortes d'antécédents sont, en effet, relevés bien souvent chez les malades des hôpitaux. Cependant il est bon d'en tenir un certain compte.

L'obscurité n'est plus aussi complète dans les deux observations suivantes; la notion étiologique y est des plus précises. On connaît bien maintenant le retentissement des affections des nerfs sur la moelle épinière. Les expériences de MM. Tiesler, Frinberg, Hayem, etc., prouvent que les lésions irritatives des nerfs peuvent donner lieu à des accidents de myélite, avec paralysie, atrophie, etc. Dans le bout central des nerfs coupés, on a suivi la lésion pour ainsi dire jour par jour. Il y a d'abord atrophie simple des tubes nerveux, puis disparition de ces tubes, en même temps que multiplication du tissu conjonctif interfasciculaire. Plus tard, on trouve une atrophie occupant toute la moitié correspondante de la moelle, mais surtout, en général, la corne postérieure et le faisceau postérieur. Le plus souvent, cette atrophie paraît être une atrophie simple; M. Vulpian admet que quelques cellules disparaissent; mais le fait est difficile à démêler bien nettement. C'est du moins ainsi que les choses se passent d'ordinaire à la suite d'une simple section de nerfs. Mais les suites des lésions des nerfs ne se bornent pas toujours là. Dans quelques cas

au moins, il peut y avoir irritation subinflammatoire de la substance blanche et surtout de la substance grise : les cellules des cornes antérieures sont atteintes, s'altèrent plus ou moins rapidement, et il peut y avoir une atrophie musculaire consécutive plus ou moins étendue. Chez l'homme, on peut aussi observer des faits de ce genre, mais cela est absolument rare. Habituellement, les lésions médullaires se bornent à une simple atrophie d'un certain nombre d'éléments de la moelle, sans retentissement notable sur les muscles. Cette altération de la moelle peut toutefois, dans des cas rares, à une époque plus ou moins éloignée de celle où elle s'est produite, agir comme une sorte d'épine morbide irritative et provoquer le développement d'une affection médullaire; c'est ce qui a eu lieu, d'après M. Vulpian, chez le malade de l'observation CXLIV.

Cet homme, âgé de 49 ans, a eu, dans son enfance, la main gauche complétement brûlée; ce n'est plus aujourd'hui qu'un moignon informe dont il se sert comme d'une pince. Par suite de cet accident, dans sa profession, qui est très-pénible (marbrier), il a employé presque exclusivement son bras droit, pour exécuter des travaux demandant un grand déploiement de forces.

Au mois de février dernier, il s'aperçut qu'il n'était plus aussi fort qu'auparavant de ce bras droit. Il se fatiguait plus facilement; chaque jour, l'affaiblissement augmentait, et en même temps il voyait sa main diminuer de volume; il n'a jamais éprouvé de douleurs ni dans ce membre ni dans la région vertébrale.

Le jour de l'entrée à l'hôpital, on voit un homme très-vigoureusement constitué, dont la main droite présente une faiblesse considérable. Au dynamomètre, le malade, de cette main, amène à peine 20, tandis que la main gauche, malgré sa déformation, serre avec une très-grande

force. L'éminence thénar est aplatie; le malade ne peut rien tenir entre le pouce et l'index; la peau de la région est flasque et molle.

Plus tard, le malade a éprouvé des contractions fibrillaires sur la face postérieure des avant-bras, sur le biceps et à la partie interne de l'omoplate. Plus tard encore, les doigts se fléchirent et restèrent à demi courbés. La sensibilité était intacte. La contractilité musculaire se perdit au fur et à mesure que les faisceaux musculaires disparurent.

Au 8 juillet, malgré le traitement par l'électricité (courants d'induction), l'atrophie musculaire avait progressé; elle occupait alors les muscles du bras et de l'épaule. Il y avait aussi, dans ce cas, une congestion des réseaux capillaires de la peau de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras.

N'est-on pas autorisé, dans ce cas, à admettre : 1° que la brûlure, datant de l'enfance, a eu pour conséquence une lésion des nerfs du bras gauche; 2° que cette lésion a retenti sur la moelle cervicale; 3° qu'elle a pu devenir, à un certain moment, une sorte d'épine irritative, peut-être par suite du travail exagéré du bras du côté opposé? Telle a été l'opinion de M. Vulpian.

J'ai publié, avec M. Charcot, un cas analogue, jusqu'à un certain point, au précédent. Un ouvrier tanneur, âgé de 20 ans, avait eu, à 6 ans, une paralysie atrophique sous forme hémiplégique. Mis en apprentissage à 13 ans, il travailla très-fort, en se servant surtout de son bras valide; à 19 ans, il eut, dans ce bras et dans la jambe, des contractions fibrillaires, et bientôt de l'atrophie musculaire, à marche progressive. La lésion initiale de la moelle, déterminée par la paralysie infantile, a été, dans ce cas, l'épine irritative.

M. Vulpian a observé à la Pitié un fait analogue sur un jeune garçon de 14 à 15 ans qui avait eu une paralysie

atrophique infantile très-étendue et chez lequel, vers l'âge de 13 ans, avaient commencé à se montrer les symptômes d'une atrophie musculaire progressive des mieux caractérisées.

Le malade de l'observation CXLIV, pendant les premiers mois de son affection, avait le bras droit un peu plus froid que le gauche. Six mois après le début de sa maladie, il a éprouvé des douleurs assez vives dans le poignet, le coude et l'épaule du côté droit; en outre, il survint un œdème non inflammatoire assez marqué des doigts de la main. En même temps, la peau de l'avant-bras et de la main, jusqu'alors plus froide que du côté gauche, devenait au contraire plus chaude et plus colorée. Tous ces phénomènes tenaient sous doute à une irritation médullaire spéciale, qui n'existe pas habituellement dans l'atrophie musculaire protopathique.

Chez le malade de l'observation CXLV, la cause première de l'atrophie musculaire a été différente de celle qui, dans le cas précédent, a produit l'affection médullaire. Il s'agit, en effet, d'un homme âgé de 29 ans, très-fort, très-bien musclé. En 1870, à la bataille de Reichschoffen, il fut blessé par un éclat d'obus à la jambe droite, dans la région du péroné, au niveau de l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de cet os. En ce point existe une cicatrice brunâtre, assez étendue. A la fin du mois d'août, le malade était guéri et pouvait reprendre son service militaire. Pendant le siége de Paris, sa blessure se rouvrit légèrement, mais elle se cicatrisa au bout de peu de jours, et, pendant plusieurs années, cet homme put se croire définitivement guéri.

En juin 1875, il commença à ressentir des fourmillements et une sensation d'engourdissement au niveau de ses blessures; puis il éprouva un peu plus tard une faiblesse dans la jambe, faiblesse qui le forçait à boiter en

marchant. Il remarqua bientôt une atrophie notable de la jambe droite. Cet état est allé progressivement en augmentant. Le jour de son entrée à l'hôpital (1er juillet 1876), on trouve, en comparant les deux membres inférieurs, une notable différence quant au volume. Le membre inférieur droit est atrophié depuis le bas de la jambe jusqu'en haut de la cuisse; la fesse droite est elle-même plus petite que la gauche. A la mensuration, la circonférence de la cuisse droite a 4 centimètres de moins que celle de la cuisse droite.

A la palpation, la jambe droite est moins chaude que la gauche; elle est beaucoup plus rouge; mais sa coloration est sombre : en outre, sur le tibia et le dos du pied se produit une transpiration très-abondante. Pas de troubles de sensibilité. La contractilité électrique est fortement atteinte, à des degrés divers, il est vrai, suivant les régions du membre qu'on examine à ce point de vue : le jambier antérieur, l'extenseur commun des orteils, les muscles péroniers, visiblement atrophiés, ne se contractent plus. Sous l'influence de l'électrisation (courants induits), la contractilité reparaît peu à peu dans les muscles où elle était abolie. Ceux où elle n'était que diminuée tendent à reprendre leur volume normal.

Dans ce cas, on pourrait admettre, d'après M. Vulpian, l'un ou l'autre des deux processus suivants. Ou bien la blessure de la jambe avait déterminé, pendant qu'elle était récente, une modification d'un point de la moelle correspondant aux nerfs de la région blessée. Ce point de la moelle serait devenu plus tard, sous des influences restées obscures, une sorte d'épine d'irritation pour les tissus médullaires voisins. C'est là un premier mode d'explication. M. Vulpian incline vers une autre interprétation. Il pense que la moelle épinière n'a commencé à s'altérer que lorsque la blessure de la jambe, au bout de cinq ans, est redevenue

douloureuse. Il y a eu, sans doute, à ce moment, et par suite soit de contusion légère, ou de refroidissement, ou de toute autre cause agissant sur la cicatrice, irritation d'un des nerfs compris dans la blessure; puis, consécutivement, retentissement sur la substance grise de la moelle, avec altération de celle-ci et atrophie musculaire. Dans ce cas, il s'agit non d'une atrophie musculaire progressive, mais d'une myélite chronique siégeant presque exclusivement dans la substance grise, dans une des parties latérales de cette substance, et surtout dans la corne antérieure; c'est un type de l'atrophie musculaire dite réflexe.

Je ferai la même remarque que précédemment, à propos des troubles vaso-moteurs et des modifications de la température.

La pathologie expérimentale, et c'est là un de ses services les moins contestables, nous a donné la clef de la pathologie des nerfs (Cours de M. Vulpian, 1876).

L'expérimentation produit à volonté une lésion déterminée des cordons nerveux. Elle a suivi pas à pas les altérations, conséquences de cette lésion.

« On connaît bien aujourd'hui les modifications produites par les lésions traumatiques des nerfs, ainsi : altérations structurales des segments périphériques des nerfs coupés, disparition de la myéline et des cylindres d'axe, irritation du tissu connectif inter-fasciculaire, etc., puis les modifications physiologiques qui surviennent parallèlement, non-seulement dans les fonctions, mais encore dans les propriétés de ces nerfs dégénérés.

« On connaît également très-bien les modifications que produisent les lésions des nerfs dans les tissus qu'ils innervent, en particulier dans les muscles; il y a alors des altérations de structure et un affaiblissement considérable de la contractilité de ces muscles; les os, les articulations, le tissu cellulaire, la peau peuvent être aussi altérés; parallè-

lement, il survient des troubles vaso-moteurs, des troubles de calorification. La moelle et le bulbe rachidien exercent une influence trophique sur tous les tissus, influence transmise par la médiation non de fibres nerveuses spéciales, dites trophiques, mais par l'intermédiaire de fibres nerveuses motrices, sensitives, sympathiques, suivant les tissus dont il s'agit.

« A mesure que s'effectue la régénération des nerfs coupés, à mesure les altérations trophiques, les altérations musculaires disparaissent ; l'agent principal du traitement est l'électricité. » (Cours de M. Vulpian, 1876.)

Ces faits, acquis par l'expérimentation, trouvent leur confirmation dans la clinique, comme divers auteurs l'ont montré et comme le prouve l'observation suivante (CXLVI) :

Le malade, âgé de 41 ans, a eu, à l'âge de 36 ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu et généralisé. Au mois de février 1876, il fut pris, presque soudainement, de douleurs extrêmement vives dans la partie dorsale inférieure de la région vertébrale avec irradiations fulgurantes dans les parois thoraciques et abdominales, dans les deux membres abdominaux, — et d'une faiblesse telle que, couché la veille bien portant, il ne put se lever le lendemain matin. Il faut noter que, depuis son attaque de rhumatisme articulaire, il avait toujours ressenti de temps à autre des douleurs vagues sur divers points du corps, tantôt au niveau de l'épaule, tantôt sur les côtés de la poitrine. Deux jours après les premiers accidents, le bras droit devint le siége de douleurs intolérables, et il s'affaiblit beaucoup. A partir de cette époque, la faiblesse des membres abdominaux et du bras droit alla en augmentant ; les douleurs persistèrent, et si vives qu'elles empêchaient le patient de dormir.

Le 29 juillet 1876, l'état du malade est le suivant : Affaiblissement très-marqué des membres abdominaux et du membre thoracique droit. Des douleurs vives s'y mani-

festent, tantôt très-passagères, tantôt pendant plusieurs heures ou même quelques jours. La marche est impossible sans un soutien quelconque. Le malade ne sent pas le sol sur lequel il se trouve ; il a la sensation d'une éponge à la plante du pied; toutefois, lorsqu'il ne marche que sur ses talons, il reconnaît le plan résistant sur lequel il repose; il existe aussi une légère incoordination dans les mouvements. Anesthésie et analgésie complètes des deux pieds; le malade ne sent ni le contact des objets, ni les piqûres d'épingle. La sensibilité reparaît au-dessus des malléoles.

Le membre thoracique droit est amaigri ; l'avant-bras, dans une extension complète, est aplati, flasque; les muscles des éminences thénar et hypothénar sont très-amaigris, ainsi que les muscles intercostaux. Le bras droit et l'épaule droite sont flasques, mais peu atrophiés; pas d'altération de la sensibilité cutanée; douleurs vives dans la main et le long des avant-bras.

Le membre thoracique gauche ne présente rien de particulier, si ce n'est un léger affaiblissement que l'on constate en se faisant serrer la main. Les trois premiers doigts de la main gauche (pouce, index, médius) sont engourdis.

Les deux jambes sont très-amaigries, presque d'une façon égale ; les cuisses le sont moins. A l'exploration électrique, on note que les triceps fémoraux se contractent avec peu d'énergie; les extenseurs de la jambe gauche et les jumeaux ne se contractent plus. A la jambe droite, le courant appliqué sur le triceps sural détermine, mais à de rares intervalles, des mouvements presque imperceptibles d'extension du pied et de renversement en dedans; si on fait passer le courant par les muscles de la région jambière antéro-externe, on ne parvient pas à imprimer aux orteils la plus légère extension. A droite et à gauche, sous la plante du pied, l'électricité ne produit absolument aucun résultat.

Aux membres supérieurs, la contractilité musculaire est diminuée aussi dans certaines régions, abolie dans d'autres. D'une manière générale, le minimum d'affaiblissement de la contractilité électrique existe sur le bras, l'avant-bras et la main gauche.

La sensibilité électrique est conservée aux membres supérieurs, excepté à la région thénar, où elle est très-obscure. Sur les cuisses, le courant est parfaitement senti ; sur la jambe gauche, la sensibilité électrique est très-affaiblie. A la plante du pied, sur le dos du pied, dans la moitié interne, à partir du cou-de-pied jusqu'à l'extrémité des orteils, la sensibilité électrique est totalement abolie ; de même pour le pied droit. A la jambe, la sensibilité est peut-être un peu plus manifeste.

Le 31 octobre 1876, à la face plantaire des deux gros orteils, on note la présence d'une ulcération assez étendue, qui laisse écouler de la sérosité. Sur la face plantaire du pied droit, au niveau de l'extrémité antérieure du premier métatarsien, existe un décollement de la peau, et de l'infiltration sanguine dans une étendue de deux centimètres carrés. Le 11 décembre, à la suite d'un pansement approprié, toutes ces plaies étaient cicatrisées ; depuis lors, elles se sont reproduites un grand nombre de fois ; elles apparaissaient, duraient un certain temps, guérissaient et se reproduisaient ensuite. Ce sont bien là de véritables troubles trophiques, analogues à ceux que l'on produit expérimentalement chez les animaux en lésant les nerfs.

Si l'on prend en considération : 1° les atrophies musculaires, leur mode de distribution, les réactions électriques, etc. ; 2° les douleurs violentes des membres paralysés ; 3° les anesthésies, leur limitation, etc. ; 4° la marche des accidents, l'abolition relativement précoce de la contractilité, on voit qu'il ne s'agit pas ici non plus d'un cas ordinaire d'atrophie musculaire progressive : c'est là

un point sur lequel M. Vulpian appelait notre attention. Ce malade a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé; depuis lors, il est resté rhumatisant; son affection a débuté par des douleurs très-vives qui existent encore aujourd'hui; quoiqu'on n'ait pas assisté au début de la maladie, M. Vulpian a émis l'avis que leur point de départ était une *méningo-myélite rhumatismale*. La phlegmasie d'abord limitée aux méninges et à la couche la plus superficielle de la moelle, principalement au niveau des cordons postérieurs, a gagné rapidement la substance grise d'une façon diffuse : les cornes antérieures ont été surtout atteintes; mais la lésion n'est pas restée bornée à ces cornes; elle a détruit sans doute la plus grande partie de la substance grise dans la région dorso-lombaire.

Chez ce malade, tous les doigts du pied étaient recourbés en griffe, et, dans certaines conditions de vitalité de la peau, il suffisait de la moindre pression pour produire ces ulcérations signalées plus haut, véritables troubles trophiques, qui rendaient la marche absolument impossible. M. Vulpian a fait construire un appareil orthopédique avec lequel le malade pouvait se promener pendant assez longtemps. Dès lors, il ne survint plus d'ulcération, la pression ne se produisant plus sur les parties anesthésiées, ou tout au moins cette pression étant ainsi très-faible.

J'ai rappelé, au commencement de cet article, comment on avait établi que le symptôme *atrophie musculaire* pouvait se rencontrer dans un certain nombre de myélites chroniques, myélites chroniques systématiques, ou myélites chroniques diffuses ; l'observation CXLVII est un cas de ce genre. Il s'agit, dans l'espèce, d'une myélite diffuse chronique, avec atrophie musculaire; le diagnostic du médecin, qui adressa la malade à M. Vulpian, était simplement atrophie musculaire progressive.

La femme, âgée de 35 ans, a eu, à l'âge de 12 ans, la

variole; quelque temps après, elle éprouva des douleurs très-vives dans la jambe gauche; bientôt, la malade fut obligée de garder le lit. Pendant trois mois, des abcès se produisirent aux deux jambes; ces abcès durèrent assez longtemps.

A l'âge de 16 ans, des douleurs vagues, au niveau de l'angle de l'omoplate gauche, une sensation de barre entre les deux épaules, apparurent; ces douleurs furent accomgnées de palpitations fréquentes, de céphalalgie, de pertes momentanées de connaissance. A partir de ce moment, les douleurs s'établirent en permanence.

De 19 à 30 ans, les douleurs du dos et de la jambe droite furent très-violentes; elles se montrèrent à des époques plus ou moins éloignées, quelquefois avec une intensité telle que la malade ne pouvait ni marcher ni remuer.

Au mois de décembre 1874, la douleur du dos devient intolérable; elle s'irradiait vers le membre thoracique gauche, jusqu'aux extrémités des doigts. En même temps existaient des fourmillements dans les deux mains, principalement dans la main gauche; le bras gauche était alors un peu contracturé; douleurs vives dans l'aine droite.

Le 19 avril 1876, l'état de la malade peut être ainsi résumé :

Douleurs vives dans le membre thoracique gauche, surtout au niveau de l'épaule et du coude; douleurs passagères dans le bras du même côté; douleurs très-intenses dans la hanche, l'aine et le genou du côté droit.

L'épaule gauche est légèrement surélevée et présente une atrophie notable, tel qu'elle paraît aplatie d'avant en arrière. La tête est inclinée sur l'épaule droite.

L'atrophie des muscles, deltoïde, trapèze et grand pectoral, détermine à gauche une exagération marquée des creux sus et sous-claviculaires.

Le bras gauche est atrophié; il est placé dans une adduc-

tion forcée; l'avant-bras, à demi-fléchi, est rapproché du tronc et ne peut exécuter le mouvement d'extension.

La main gauche est dans une extension incomplète; les doigts sont légèrement fléchis et ne peuvent se redresser eux-mêmes ; atrophie des inter-osseux.

Le membre thoracique droit ne présente rien de particulier.

Avec sa main gauche, la malade saisit lentement et péniblement les objets qu'on lui présente; elle éprouve une réelle difficulté à les conserver quelques secondes. De ce même côté, dans le membre entier, sensation permanente de froid.

La cuisse *droite* est légèrement fléchie : la jambe, dans la demi-flexion, les orteils, dans une flexion permanente, par contracture des muscles.

Douleurs très-vives sur le trajet du sciatique droit, surtout au niveau de la face postérieure du grand trochanter, de la tête du péroné et de la malléole interne. Les masses musculaires des cuisses, des jambes, comparées à celles de la cuisse gauche, sont atrophiées.

La marche est difficile; boiterie très-marquée, à cause de la faiblesse de la jambe droite ; l'appui se fait sur la pointe des doigts, recourbés en arrière.

Le contact des objets est un peu moins nettement senti à gauche et à droite, dans les membres malades; douleurs à la pression sur les régions cervicales et lombaires de la tige rachidienne.

Ainsi donc, les phénomènes symptomatiques du côté des membres étaient croisés; la jambe droite, en effet, et le bras gauche présentaient les lésions les plus marquées : douleurs, parésie, atrophie.

Pendant le long séjour qu'a fait la malade à l'hôpital, on a noté, à diverses reprises, les douleurs, l'hyperesthésie, la diminution de la sensibilité électrique, surtout

au pied droit. Il faut ajouter que la plupart des muscles, à part le deltoïde gauche, se contractaient bien. Les phénomènes symptomatiques se sont, peu à peu, étendus aux membres supérieurs droits et inférieurs gauches ; mais jamais ils n'ont été aussi marqués que dans les autres membres.

Il faut signaler encore de la paralysie intestinale, qui s'est manifestée à diverses reprises par des constipations opiniâtres, suivies de débâcles considérables, et par des vomissements porracés, bilieux, quelquefois fécaloïdes.

La malade a quitté le service vers la fin du mois de mai ; les douleurs étaient moins vives ; l'état général, meilleur ; mais l'atrophie musculaire, malgré l'électrisation faradique, était à peu près aussi prononcée ; il est vrai qu'elle n'avait pas augmenté.

Cette observation est un bel exemple de myélite diffuse chronique (myélite accusée par les douleurs, les paralysies, etc.), avec atrophie musculaire dépendant de cette myélite. Il faut remarquer, comme il a été dit, que les phénomènes étaient croisés.

OBSERVATIONS

Obs. CXLII. — *Atrophie musculaire progressive chez un saturnin. — Contractilité électrique conservée. — Marche continue des accidents atrophiques.*

Le nommé S... Hyacinthe, âgé de 36 ans, typographe.

Entré le 30 août 1876, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 15 *bis*.

Renseignements. — Le malade est ouvrier typographe

depuis l'âge de 16 ans. Son métier l'oblige à manier constamment les caractères de composition. Lorsqu'il faisait des corrections, il mettait les caractères dans sa bouche. En outre, il avoue avoir fait des excès alcooliques.

A 20 ans, il eut une première attaque de colique de plomb qui dura deux jours. Il contracta une blennorrhagie à 22 ans.

A 32 ans, nouvelle colique de plomb qui dura un jour. Elle fut caractérisée par une douleur abdominale très-vive, des envies fréquentes de vomir, de la constipation, etc. Quelque temps après, il lui survint un zona sur la partie gauche du thorax.

A 33 ans, pneumonie gauche qui le retint au lit vingt-quatre jours; il fut alors saigné deux fois.

A 34 ans, colique saturnine.

Depuis cette époque, le malade a remarqué que ses mains devenaient moins agiles et que ses forces diminuaient progressivement. Il éprouvait une grande difficulté à fermer la main ; d'ailleurs jamais de phénomènes douloureux dans les membres supérieurs.

Cet état d'affaiblissement a toujours été en augmentant et n'a pas permis au malade de reprendre son métier.

Rien de bien particulier du côté des membres inférieurs; cependant ils sont un peu plus faibles que normalement.

Etat actuel. — Amaigrissement considérable des deux membres thoraciques. — Les deux faces, antérieure et postérieure, de l'avant-bras, sont aplaties et flasques. La paume des deux mains est également très-aplatie. Les éminences thénar et hypothénar sont flasques. La face dorsale des mains est amaigrie, et les espaces inter-osseux très-prononcés.

Les mouvements des articulations de l'épaule et du coude sont faciles, à droite et à gauche; il en est de même des articulations du poignet; cependant les mouvements

sont plus lents. Le malade ne peut fermer sa main, les doigts exécutant une flexion très-incomplète.

Les creux sous et sus-claviculaires sont très-prononcés, surtout les premiers.

Lorsque le malade veut se mettre sur son séant, il rejette sa tête en arrière ; tous les muscles de la nuque et du cou se tendent et font une saillie considérable sous les téguments; ce mouvement exige un grand effort (le malade s'est plaint, en entrant à l'hôpital, d'une douleur aiguë dans la région de la nuque; cette douleur persista quinze jours).

Pas d'anesthésie ni d'analgésie. Les corps chauds et froids sont nettement perçus.

Pas de céphalalgie. — Le sens de l'ouïe est net. — La vue est affaiblie; les pupilles sont également dilatées ; la faiblesse de la vue plus sensible le soir à la lumière.

En 1875, M. Landolt constate, après examen ophthalmoscopique : *cataracte pointillée* sur les deux yeux, plus marquée à gauche. — *Opacités* dans les parties postérieures des deux cristallins. —*Diminution de l'acuité visuelle*, surtout à gauche, où elle est diminuée de près d'un tiers lorsqu'on la compare à la sensation normale.

Rétrécissement du champ visuel à gauche, en haut et en dedans, moins marqué en dehors. Ce phénomène est seulement marqué pour les couleurs; à droite, le champ visuel est normal.

Respiration facile, normale. Pas de toux. — Expectoration muqueuse peu abondante. — Voix non altérée.

Inappétence. — Bouche amère. — Déglutition pénible, surtout des aliments solides ; les aliments liquides reviennent quelquefois par le nez.

Crampes d'estomac fréquentes. Selles régulières.

A la percussion, la matité du foie est diminuée.

Rate normale.

Mictions faciles ; il aurait eu à deux reprises différentes,

en 1872 et en 1876, de l'incontinence nocturne, qui aurait duré la première fois trois mois et la deuxième deux mois.

Urines. — Ni albumine ni sucre.

Pas de palpitations du *cœur* ; bruits normaux.

Pouls lent, petit, régulier.

Explorée à l'aide de courants faradiques, la contractilité musculaire des extenseurs et des fléchisseurs des doigts est conservée ; les muscles des éminences thénar et hypothénar et les inter-osseux se contractent à peine. Les muscles longs supinateurs se contractent bien sous l'influence de la faradisation ; il en est de même des muscles des bras et des muscles des épaules. Les trapèzes ont une contractilité farado-musculaire à peu près normale. Les sterno-mastoïdiens ont presque disparu. Les muscles profonds de la région postérieure du cou ne répondent plus que bien faiblement à l'électricité.

Traitement. — Bains sulfureux, deux par semaine. — 1 gramme d'iodure de potassium. Électrisation tous les jours avec la machine à courants induits. De plus, sirop d'iodure de fer et vin de quinquina. Ce traitement est continué régulièrement. La marche de la maladie continue cependant, et le 26 février 1877 on constate des contractions fibrillaires très-intenses des muscles des cuisses. Jusque-là les membres inférieurs n'avaient pas été atteints par la maladie.

Les contractions fibrillaires dans les muscles de la région antérieure de la cuisse, à droite et à gauche, persistent. Au mois d'août, il y avait une atrophie évidente des muscles antérieurs de cette région, principalement marquée à droite.

En somme, les membres inférieurs étaient encore peu affectés. La marche était possible, facile même.

Aucun trouble de la miction ou de la défécation. La vue était restée ce qu'elle était en 1875.

Quant aux membres supérieurs, l'atrophie y avait fait de

notables progrès. Les muscles des faces palmaire et dorsale des avant-bras étaient extrêmement amoindris et l'on n'y trouvait plus qu'une très-faible contractilité; cette diminution du pouvoir physiologique des muscles était d'ailleurs manifestement en rapport avec la disparition des éléments contractiles. Les longs supinateurs étaient les muscles les moins atrophiés et ceux où la contractilité était le moins affaiblie. Les muscles de la région postérieure du cou étaient devenus encore plus faibles que lors de l'entrée du malade. Ces changements s'étaient faits lentement et progressivement, sans qu'il y ait jamais eu de douleurs. La sensibilité était partout intacte.

Obs. CXLIII. — *Atrophie musculaire semblant être sous la dépendance de poussées sub-inflammatoires du côté de la substance grise de la moelle. — Marche progessive des accidents. — Douleurs névralgiques violentes, précédant l'atrophie des muscles. — Application répétée de pointes de feu le long de la colonne vertébrale. — Léger temps d'arrêt des accidents, sous l'influence des cautérisations.*

Le nommé F..., Henri, 48 ans, employé de commerce.

Entré le 22 décembre 1873, salle Saint-Raphaël, lit n° 20.

Antécédents de famille. — Père mort à 33 ans, après une maladie de quelques jours.

Mère morte à 71 ans avec une paralysie faciale.

Antécédents personnels. A 20 ans, fièvre intermittente ayant duré de sept à huit mois. — Étant au régiment, à 22 ans, fièvre typhoïde qui l'obligea de rester pendant quelques semaines à l'hôpital militaire de Langres. — Un mois environ après sa sortie de l'hôpital, fièvre revenant régulièrement tous les soirs; cependant le malade pouvait faire son service. Cette nouvelle fièvre dura treize mois. A la disparition de la fièvre, éruption vésiculeuse confluente, aux lèvres, au menton et derrière les oreilles.

Variole discrète à 23 ans et demi environ. En ce moment, le malade était à l'hôpital de Lyon pour une blennorrhagie.

Après la disparition de l'éruption, et pendant la convalescence de la variole, état fébrile indéterminé ayant duré une vingtaine de jours environ.

En 1854, neuf à dix mois après sa sortie du régiment, le malade travaillait à l'aide d'un métier Jacquard. Ce travail l'obligeait à élever et à abaisser alternativement les bras pendant toute la journée. Il fut pris brusquement de faiblesse dans l'épaule droite ; le bras tomba inerte le long du corps. A plusieurs reprises, il essaya de reprendre son travail, mais il ne put y parvenir. Le lendemain, il fut pris d'une céphalalgie extrêmement violente, avec des troubles de la vision. Le malade a été traité chez lui, pendant dix mois environ (frictions, bains), sans résultat. Le malade est ensuite entré à Beaujon, dans le service de M. Tessier. Il est sorti dans le même état que le jour de son entrée. Il rentre ensuite à Lariboisière. Saignées locales, vésicatoires, bains. Pas d'amélioration. Le malade a toujours de la faiblesse dans le côté malade.

En 1867, le malade eut un chancre. Plus tard, quelques taches au niveau du genou et des éruptions squameuses sur le cuir chevelu. Quelques accidents dans la bouche et la gorge en août 1870.

Au mois de décembre 1872, le malade contracta une bronchite pendant le cours de laquelle il ressentait une douleur sourde, contusive, suivant exactement le trajet du nerf radial gauche. Le malade s'aperçut de la faiblesse dans le bras gauche au moment où il boutonnait son faux col.

Quatre à cinq jours plus tard, la faiblesse est devenue plus considérable, et le malade a été obligé de porter sa main gauche à l'aide de la droite.

A cette époque, le deltoïde du côté gauche était encore intact, et le malade pouvait lever le bras. Trois mois après le début de sa maladie, il ressentit tout à coup une douleur extrêmement violente dans les muscles de l'épaule. A la suite de cette douleur, son bras ne pouvait plus être soulevé.

Depuis la guerre, le malade a toujours été souffrant. Il a eu une suppuration par l'oreille gauche, des furoncles multiples sur les joues, les épaules, la nuque, une bronchite, etc.

Etat actuel. — Homme de taille moyenne. Sa santé générale est bonne. Il n'y a rien de particulier à signaler dans les différents organes ; seulement la rate est volumineuse.

Conjonctivite palpébrale des deux côtés, avec blépharite ciliaire. Mains cyanosées. — Interrogé à ce point de vue, le malade dit que cette coloration, que ses mains présentaient déjà d'habitude auparavant, est plus marquée depuis l'apparition de sa dernière maladie. C'est lorsqu'il est debout, les mains pendantes, que la teinte violacée des mains offre le plus d'intensité.

Il y a de la paresse de la vessie. Les urines s'échappent lentement, et, quand le malade est couché, il n'éprouve jamais le besoin d'uriner. La quantité d'urine rendue est normale. La cyanose n'existe point aux extrémités inférieures.

Epaule gauche. — L'épaule gauche est aplatie. On distingue à la vue, et à la palpation, la forme des éminences osseuses.

L'espace qui sépare le deltoïde des pectoraux est exagéré. Le grand et le petit pectoral sont amaigris, surtout dans leurs faisceaux supérieurs.

Le creux sus-claviculaire n'est pas exagéré.

En arrière, la saillie de l'épaule est notablement diminuée ; les fosses sus et sous-épineuses sont plus profondes que du côté opposé.

Bras gauche. — Le bras est beaucoup plus grêle qu'auparavant.

Le trapèze du côté gauche a perdu presque totalement sa contractilité. On ne rencontre plus guère de contractions, à l'aide des courants interrompus, qu'au faisceau claviculaire.

L'avant-bras est un peu moins flasque que le bras; il est aussi moins diminué de volume.

Mouvements. — Quand le malade est assis sur son séant et fixe un objet placé en face de lui, la tête présente une déviation très-légère du côté droit.

Les mouvements du bras gauche sont presque impossibles. Cependant le malade fait un mouvement d'élévation en rapprochant le bras du tronc. Ce mouvement est étendu de 3 à 4 centimètres environ.

Flexion et extension de l'avant-bras impossibles.

Mouvements de la main possibles (extension et flexion seulement). Tous les mouvements des doigts sont conservés.

Contractilité électrique. — *Membre supérieur droit.* — La contractilité est intacte dans le muscle deltoïde; dans le trapèze, sauf peut-être dans les faisceaux claviculaires; dans le peaucier du cou; dans le rhomboïde, dans le grand dorsal; dans tous les muscles de l'avant-bras, sauf l'abducteur du pouce.

Membre supérieur gauche. — Trapèze : contractilité conservée, mais affaiblie. Sus et sous-épineux : contractilité presque abolie. Grand pectoral, conservé, quoique affaibli. Le grand dorsal se contracte faiblement. Il en est de même du rhomboïde. Deltoïde : quelques faibles contractions. Biceps, très-affaibli; c'est ce muscle qui paraît le plus atteint. Triceps : la contractilité persiste mais diminue.

Les muscles des couches postérieures ont leur contractilité électrique bien conservée. Les deux éponges étant pla-

cées sur le trajet du nerf radial, on produit un mouvement d'extension de la main. *L'intensité de la contractilité est en rapport avec la quantité de fibres musculaires conservées.* Il en est de même de la sensibilité musculaire électrique.

La sensibilité électrique cutanée est conservée (essai avec le pinceau). La faradisation faite ainsi sur la peau du dos de la main, qui est cyanosée, produit une plaque à contours irréguliers, au niveau de laquelle la coloration bleuâtre uniforme est remplacée par une teinte rougeâtre nuancée de petites taches blanchâtres. Cet effet ne se produit qu'un quart de minute environ après l'excitation.

En frottant la peau, au niveau des parties cyanosées, il survient, mais seulement une ou deux minutes après l'excitation, une raie rouge. La réaction est très-lente à se produire.

Il y a de temps en temps, dans les muscles atrophiés, des contractions fibrillaires (muscles des bras, des jambes et du tronc).

Traitement. — On donne deux pilules de strychnine de 0,005. Iodure de potassium, un gramme par jour. Électrisation chaque jour à l'aide de courants faradiques.

20 *novembre.* — Le trapèze ne se contracte presque plus du côté droit. Les autres muscles ont conservé les mouvement qu'ils avaient au début.

25 *novembre.* — Les muscles sus et sous-épineux du côté droit sont notablement diminués de volume. Les mouvements du bras diminuent également. Les fosses sous et sus-épineuses sont le siége d'une douleur constante.

19 *janvier.* — Sueurs très-abondantes, qui fatiguent le malade.

On supprime la strychnine, et on donne du sulfate d'atropine. Deux pilules de 1/2 milligr.

Le malade conserve des points douloureux ; deux notam-

ment sont symétriquement placés au niveau des deux omoplates.

23 *janvier.* — Les sueurs ont été complétement empêchées par le sulfate d'atropine : on en interrompt l'emploi. Une cuillerée de sirop de chloral.

2 *février.* — On supprime l'iodure de potassium dont on avait porté la dose à 2 grammes par jour. Le malade prétend qu'il le supporte mal. Il y a eu, en effet, quelques accidents d'iodisme aigu au début et lorsqu'on a augmenté la dose. On donne 4 gr. de bromure de potassium.

3 *février.* — Une bouteille limonade purgative. 4 gr.

5 *février.* — Le médius de la main droite est rigide ; il ne peut plus être fléchi.

27 *février.* — Les douleurs continuent dans le dos, la partie postérieure du cou et la nuque, et dans le côté gauche du corps. Le malade a de la peine à tenir sa tête droite. Il lui semble que son épaule gauche s'affaisse. Tous les soirs, il se trouve extrêmement fatigué.

6 *mars.* — Hyperesthésie électrique de la peau de l'avant-bras gauche. Cette hyperesthésie varie d'intensité suivant les jours.

15 *mars.* — Les douleurs continuent.

20 *mars.* — Douleurs continuelles dans le dos, le cou et la tête. Le malade dit que ses forces diminuent de plus en plus et qu'il souffre de tout le corps.

23 *mars.* — Le biceps gauche a beaucoup diminué de volume et de force.

24 *mars.* — Névralgie faciale gauche. Points douloureux sus et sous-orbitaires.

25 *mars.* — Ce qui domine aujourd'hui, ce sont les douleurs mobiles siégeant dans les différents points du corps. Elles sont surtout intenses la nuit. De plus, il y a des contractions involontaires la nuit, dans le côté gauche du tronc. L'atrophie marche lentement.

En dehors des douleurs vagues et diffuses, on en constate qui sont localisées sur le trajet de certains nerfs se rendant à des groupes de muscles en voie d'atrophie. Ainsi, si l'on presse sur l'éminence thénar de l'une ou de l'autre main, au niveau de la branche que le médian envoie à cette région, il se produit une douleur très-vive. Sirop de Gibert, une cuillerée.

1er *avril.* — Le malade prend deux cuillerées de sirop.

29 *avril.* — Le malade remarque, depuis un certain temps, que son ventre devient comme du caoutchouc, dit-il; il est comme flottant, et cela le gêne quand il marche.

29 *avril.* — Douleur dans l'intérieur de l'oreille gauche.

23 *mai.* — Depuis quelque temps, le malade éprouve des accès douloureux avec dyspnée; ces accès durent un instant.

A la date du 29 décembre, M. Landolt a trouvé, à l'examen ophthalmoscopique, des flocons dans les corps vitrés; il y a des mouches volantes et un voile devant les yeux: en un mot, traces d'anciennes choroïdites.

30 *mai.* — Le malade demande à aller à Vincennes.

Les mains sont toujours violacées, livides, avec une sensation du froid considérable.

La main gauche ne présente pas ce point de douleur mentionné à la date du 25 mars (il faut remarquer que c'est précisément à cette main que les masses musculaires sont le mieux conservées). La main droite présente au contraire encore ce phénomène quoique moins prononcé qu'autrefois. Ces douleurs sont caractéristiques. Partant d'un point, elles s'irradient vers l'origine et la terminaison du nerf.

27 *juillet.* — Après un court séjour à Vincennes et un mois passé chez lui, le malade est rentré. Son état est toujours le même. Il se plaint de douleurs névralgiques dans

les différents systèmes musculaires qui s'atrophient. Destruction assez rapide des muscles.

Au bout de deux mois, le malade demande sa sortie. Le bras droit est présentement atrophié, surtout l'avant-bras et la main.

Le malade quitte le service le 15 septembre, pour aller à Vincennes.

Rentre le 18 novembre.

Pendant son absence, le malade a vu la maladie continuer à progresser, quoique lentement ; il a également continué à ressentir des secousses fibrillaires dans les muscles, secousses quelquefois assez fortes pour imprimer à ses membres, et en particulier aux supérieurs, un tremblement étendu.

État de la contractilité (courant continu). — Avec 30 éléments, on n'obtient pas de contractions dans les muscles de l'épaule gauche. Avec 60 éléments, c'est-à-dire avec la machine entière, on observe des contractions très-nettes dans les mêmes muscles, de même dans le grand pectoral ; la contractilité est cependant bien diminuée.

Le deltoïde du côté droit se contracte mieux que celui du côté gauche. Il en est de même du triceps et du biceps du côté droit, comparés à ceux du côté gauche.

En résumé, la contractilité musculaire est en raison de celle du nombre des fibres conservées. Lorsqu'on fait passer un fort courant continu par la région moyenne des trapèzes, le malade accuse des sensations lumineuses et un goût métallique.

Avec les courants interrompus, on obtient à peu près les mêmes résultats.

État des muscles. — Membre supérieur gauche. — L'atrophie y est plus avancée qu'à droite ; ce sont les muscles deltoïde sus et sous-épineux dont l'atrophie est le plus considérable. Le biceps et le triceps, du même côté, sont

très-diminués de volume. Les muscles de l'avant-bras sont relativement peu atteints, et les mouvements de la main sont moins gênés que du côté droit. Le grand pectoral est également atrophié.

Membre supérieur droit. — Atrophie du deltoïde moins considérable qu'à gauche et portant surtout sur le faisceau scapulaire. Le biceps et le triceps sont moins diminués de volume qu'à gauche, mais il n'en est pas de même pour l'avant-bras. Le groupe épitrochléen est très-atrophié, ainsi que l'extenseur commun ; les radiaux et le long supinateur le sont aussi, mais à un moindre degré.

Les muscles des éminences thénar et hypothénar, de ce côté, sont plus atrophiés que du côté gauche ; la main n'a pas d'attitude vicieuse.

10 *décembre.* — On électrise avec les courants continus appliqués sur la colonne vertébrale, un des excitateurs étant placé vers le milieu de la région cervicale et l'autre, vers la deuxième ou troisième vertèbre dorsale : le nombre des éléments employés a varié de 10 à 50. Lorsque le courant est intense, le malade accuse une saveur métallique.

15 *janvier.* — Douleurs dans le dos, au niveau de la troisième dorsale. Douleurs dans la partie externe du bras gauche.

20 *janvier.* — La sensibilité, examinée sur toute la surface du corps, est conservée sous tous ses modes.

3 *février.* — Douleurs dans les talons et dans les articulations des deux pieds. Le malade a eu autrefois (il y a quatre ans) des douleurs semblables.

6 *février.* — Douleurs dans la main droite et l'épaule ; elles durent une ou deux heures, puis se déplacent ; ces douleurs sont plus fortes la nuit.

9 *février.* — Le malade se plaint de ses douleurs de la main et de l'épaule. A la pression, on provoque une douleur vive au niveau de l'insertion des muscles thénar ; il y

a un autre point douloureux au pli du bras, sur le trajet du médian, un autre dans l'aisselle.

12 *février*. — Le malade a de la constipation depuis six jours. Pilules de Méglin, six.

Ce matin, en se levant, le malade a eu un vertige, une sorte d'impulsion involontaire, et il s'est heurté violemment contre le mur. Douleur continue dans le milieu du dos, même au repos.

Sur le dos de la main, on trouve aussi plusieurs points douloureux correspondant à l'origine des filets nerveux interosseux dorsaux.

Outre ces douleurs avec irradiation, il existe des douleurs continues qui paraissent siéger au niveau des articulations.

Parti à Vincennes le 1er juin 1875.

1876, 3 *juin*. — Le malade entre à l'hôpital de la Charité. Il ressent des douleurs dans l'épaule, le long du nerf circonflexe droit; il en ressent également dans le bras droit. Les muscles de ce côté sont, d'une manière générale, beaucoup plus diminués que ceux du côté gauche. Les membres inférieurs paraissent intacts.

Membre supérieur droit. — Les muscles interosseux et ceux de l'éminence hypothénar obéissent encore à l'électricité. Quant à ceux de l'éminence thénar, leur volume est excessivement diminué, et l'électricité ne provoque plus aucune contraction. — Les muscles de l'avant-bras sont, d'une manière générale, moins atrophiés.

Le biceps est très-atrophié; ce n'est qu'avec assez de peine que l'électricité y réveille quelques contractions musculaires. Le triceps est encore en assez bon état. Le deltoïde est très-atrophié. Le malade ne peut plus étendre le bras en dehors.

Membre supérieur gauche. — D'une manière générale, les muscles sont moins atrophiés dans ce bras ; ainsi la paume de la main gauche est moins plane, plus excavée que

la droite. Les muscles de l'éminence thénar obéissent à l'électricité.

Dans ce membre, comme dans l'autre, le biceps est presque complétement détruit. Le deltoïde est beaucoup plus atrophié que du côté droit, ainsi que les muscles sous et sus-épineux. Les mains sont le siége d'un léger œdème; elles sont livides, violacées. Le malade se plaint d'un sentiment d'engourdissement et de froid dans ses extrémités.

24 *juillet.* — Sirop de Gibert, une cuillerée.

31 *août.* — Depuis quelques jours, le malade souffre beaucoup de la tête.

4 *octobre.* — Le malade se plaignant toujours de fortes douleurs dans les bras, et celles-ci n'ayant pas cédé à l'application d'un vésicatoire sur la nuque, on applique en ce point, le long de la colonne cervicale, une douzaine de pointes de feu.

18 *octobre.* — Nouvelles pointes de feu le long de la portion dorsale de la colonne vertébrale. Le malade a été légèrement soulagé par les dernières cautérisations.

20 *novembre.* — Le malade éprouve une légère amélioration : les douleurs sont beaucoup moins vives.

7 *décembre.* — Le malade ressent de nouveau des douleurs assez vives dans les membres. Nouvelle application de pointes de feu le long de la colonne.

15 *décembre.* — Nouvelle application de pointes de feu sur la colonne.

18 *décembre.* — A la suite de la dernière application du feu, le malade a eu un peu d'inflammation de la peau et d'un ou deux ganglions de l'aisselle qui se sont engorgés. Ces accidents ont du reste disparu assez rapidement. Depuis le 15 décembre, le malade souffre moins.

1877, 12 *janvier.* — Application de pointes de feu le long du rachis.

14 *janvier.* — Les douleurs que le malade ressentait dans les membres ont cessé.

22 *janvier.* — Quelques douleurs erratiques dans le dos.

26 *avril.* — Le malade dit qu'il ne peut plus se servir de son membre supérieur droit, lequel n'était auparavant qu'incomplétement paralysé. Les muscles de l'avant-bras droit ne se contractent plus du tout.

Le malade part à Vincennes à la fin du mois.

Obs. CXLIV. — ***Brûlure du poignet gauche dans l'enfance. — Travail manuel exagéré des bras, aussi bien du gauche que du droit. — Atrophie musculaire progressive.***

Le nommé B..., François, 49 ans, marbrier.

Entré le 15 février 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 12 *bis.*

Renseignements. — Ce malade a eu, dans son enfance, la main gauche complétement déformée par des cicatrices vicieuses, à la suite d'une brûlure très-étendue. La main ressemble à une sorte de pince.

Il se sert presque uniquement de son bras droit pour sa profession, qui est assez fatigante. Il dit, en effet, qu'il a fréquemment à soulever et à remuer des masses pesantes. Il dit aussi avoir manié du plomb, mais seulement de temps à autre et en quantité très-minime. Jamais d'accidents saturnins.

Il y a cinq mois environ, il s'aperçut que le membre supérieur droit n'était plus aussi fort qu'avant. Il se fatiguait plus facilement. Cet affaiblissement, qui est survenu sans cause saisissable, a été peu à peu en augmentant. En même temps, le malade a constaté que sa main diminuait de volume. — L'éminence thénar s'est aplatie progressivement. Le reste du membre est pourvu d'une couche adipeuse épaisse.

Jamais le malade n'a éprouvé de phénomènes cérébraux.

Pas de trouble des sens ni de la sensibilité. Jamais de contracture ni de position vicieuse des divers segments du membre. Un seul phénomène paraît avoir frappé le malade, à savoir la perte graduelle des forces de la main droite, ce qui a fini par lui interdire tout travail. Il ne peut, dit-il, soulever un poids de 3 kilog.

État actuel. — Ce malade est vigoureusement constitué sur tout le reste du corps. — Son membre supérieur droit présente, en effet, une faiblesse considérable. Au dynamomètre, c'est à peine s'il peut amener le chiffre 20, tandis que sa main gauche, malgré sa déformation, serre avec une force considérable.

Les muscles du membre atteint sont flasques et mous. L'éminence thénar est aplatie et très-amaigrie. Il en est de même de l'éminence hypothénar et des interosseux. Les muscles de l'avant-bras sont également atrophiés, principalement les muscles extenseurs et ceux de la couche externe.

La sensibilité est intacte sous tous ces modes. La contractilité des muscles est conservée.

La santé générale est bonne. Rien de particulier à signaler du côté des autres organes.

Traitement. — M. Vulpian ordonne : 1 gr. d'iodure de potassium. Électrisation quotidienne avec la machine à courants induits.

Le malade sort le 2 mars. Il est toujours dans le même état. Il vient se faire électriser tous les jours.

25 *mars.* — Depuis sa sortie, le malade dit avoir éprouvé des contractions fibrillaires sur la face postérieure de l'avant-bras, le long du biceps et vers la partie interne de l'omoplate.

Il remarque aussi que ce membre se refroidit plus facilement que le membre sain.

1er *avril.* — Depuis quelques jours, les doigts se fléchis-

sent et restent à demi recourbés. Le malade ne peut plus les mettre dans l'extension. Lorsqu'on leur imprime un mouvement dans ce sens, on cause une douleur très-vive. En même temps, les phalangettes se sont gonflées. Lorsqu'on porte les éponges électriques sur les muscles de la région postérieure de l'avant-bras, on détermine l'extension de la main. Dans cette région, le malade sent très-bien le courant. Mais, lorsqu'on met les éponges sur la face dorsale du métacarpe, le malade sent à peine le courant, et les interosseux de cette région ne répondent pas du tout.

23 *juin.* — Bien qu'on ait électrisé avec persévérance, tous les deux jours, la main et l'avant-bras, du côté droit, l'affection a fait certainement des progrès. Les muscles de l'éminence thénar et de l'éminence hypoténar ne répondent pas à l'électricité. Ceux de l'avant-bras y répondent peu, bien que nettement. La main n'a plus que de faibles mouvements. Les doigts sont un peu écartés les uns des autres, et le malade a de la peine à les rapprocher. La main est largement ouverte, les doigts sont incomplétement étendus cependant. La sensibilité cutanée est intacte à la main. La sensibilité musculaire paraît nulle. Un peu d'œdème bien manifeste depuis plusieurs jours, au niveau de la main et des doigts. Température évidemment plus élevée dans ce membre que dans l'autre (gauche); les vaisseaux sont dilatés.

Contractions fibrillaires dans les muscles de l'avant-bras et du bras. Elles ont lieu d'une façon presque incessante, passant d'un point dans un autre. Faiblesse beaucoup plus grande de l'avant-bras qu'au début.

Douleurs articulaires assez vives dans le poignet, le coude et l'épaule du côté droit. L'état général est toujours excellent.

1877, 8 *juillet.* — Même état. Œdème plus marqué des doigts de la main, bien que le malade tienne sa main sou-

levée dans une écharpe toute la journée. Douleurs plus vives dans l'épaule. On ne peut écarter que très-faiblement le bras du tronc. L'épaule droite est manifestement plus petite que la gauche; le creux sous-claviculaire est effacé de ce côté. La pression directe de l'épaule avec les doigts n'est pas douloureuse. (Badigeonnages de teinture d'iode.)

Le malade, revu cette année, dans le courant du mois de janvier, présente une atrophie à peu près complète de tous les muscles du bras droit. L'épaule gauche commence à se prendre à son tour. Contractions fibrillaires violentes dans les muscles de la cuisse droite. Pas d'atrophie notable.

Obs. CXLV. — *Blessure de la jambe droite par un éclat d'obus. — Guérison de la plaie. — Douleurs et engourdissement pénible survenant au niveau de la plaie ancienne plusieurs années après la guérison. — Retentissement sur le renflement lombaire de la moelle. — Atrophie musculaire considérable. — Traitement par les toniques et l'électrisation. — Amélioration progressive des accidents d'atrophie.*

Le nommé V..., Maurice, 29 ans, comptable.

Entré le 1er juillet 1876, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 16.

Antécédents. — Rien du côté des parents. Pas de maladies antérieures, sauf une blennorrhagie qui a duré assez longtemps.

En 1870, il fut blessé à Reichschoffen, par un éclat d'obus, à la jambe droite, sur le péroné, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. En ce point, on trouve encore une cicatrice brunâtre. Le péroné semble intact.

Immédiatement après sa blessure, le malade put encore faire une marche assez longue. Il fut soigné dans une ambulance à Châlons. Il en sortit à la fin d'août, assez bien portant pour pouvoir continuer son service militaire, faire la campagne de Sedan et le siége de Paris. Pendant tout ce temps, sa jambe ne lui fit aucun mal; cependant, au

moment du siége, sa blessure se rouvrit légèrement. Après le siége, il continua son service militaire, qu'il quitta en 1873, pour entrer comme comptable dans une maison de commerce.

En juin 1875, il commença à ressentir des fourmillements, de l'engourdissement et de la douleur au niveau de sa blessure et de la cheville du pied. A mesure que ces phénomènes se prononcèrent davantage, il éprouva une faiblesse dans la jambe, qui le forçait de boiter en marchant; en même temps, il remarqua une atrophie notable de cette jambe droite.

Cet état alla en augmentant jusqu'à la fin de septembre; à cette époque, il ne pouvait plus marcher qu'avec l'aide d'une canne; il ne souffrait pourtant presque plus : il entra alors dans le service de M. Bernutz, où on lui appliqua des pointes de feu le long de la colonne lombaire et sur le sacrum.

Son état ne s'améliora pas, et, au mois de novembre, il ne pouvait pas lever sa jambe au-dessus du lit lorsqu'il était couché. On lui prescrivit alors de la strychnine, ainsi que des bains sulfureux; on lui fit des séances d'électrisation peu régulières. Ce traitement produisit une amélioration assez sensible. Il sortit du service de M. Bernutz à la fin de mai 1876; il pouvait marcher avec des béquilles.

Son état ne changeant pas, il entra dans le service de M. Vulpian.

État actuel. — Le malade se porte bien; il ne souffre d'aucune affection de la poitrine, ni de l'estomac; il ne ressent ni douleurs ni fourmillements dans sa jambe droite. Pas de douleurs le long de la colonne vertébrale.

Les membres supérieurs et le membre inférieur gauche sont parfaitement intacts.

Membre inférieur droit. — Le malade ne peut pas s'appuyer sur sa jambe droite; il est obligé de se servir de

béquilles. Lorsqu'il veut reposer sur sa jambe, elle se fléchit et se dérobe sous lui.

A la vue, on trouve, en comparant les deux membres inférieurs, une notable différence entre eux ; le membre droit est atrophié ; cette atrophie remonte jusqu'à la racine de la cuisse ; la fesse droite est également moins saillante que la gauche, et, en outre, elle est le siége de troubles trophiques intéressants. A la pointe de la fesse, la peau est rouge, calleuse et un peu excoriée : c'est le résultat d'un furoncle qui s'est formé en cet endroit et qui, après s'être ouvert spontanément, ne s'est cicatrisé qu'au bout de deux ou trois mois. La cicatrice s'est même rompue à plusieurs reprises et elle ne paraît pas encore bien solide : il y a là un reste d'irritation qui n'a qu'une faible tendance à se dissiper.

Mensuration de la circonférence des deux membres.	Mollet droit, maximum...	0,29	Mollet gauche.	0,31
	Cuisse droite, à 6 centimètres au-dessus de la rotule	0,32	Cuisse gauche.	0,49
	Id., à 6 centimètres au-dessous du pli de l'aine.	0,44	— —	0,52

A la palpation, la jambe droite est moins chaude que la jambe gauche ; cette différence paraît ainsi beaucoup plus marquée qu'avec le thermomètre.

Exploration thermométrique. — Jambe droite, 35,3, de 2 à 3 dixièmes inférieure à la gauche. Jambe gauche, 35,6.

La peau de la jambe droite présente une teinte rougeâtre, un peu sombre, peu accusée, mais assez cependant pour faire contraste avec la teinte normale, pâle, de la peau de la jambe gauche ; les orteils du pied droit sont légèrement cyanosés. En outre, la jambe et surtout le pied sont le siége d'une exagération très-marquée de la transpiration.

Pas de modification des poils du membre inférieur droit ; les ongles des orteils sont pareils à gauche et à droite.

Sensibilité. — Au toucher, on ne trouve pas de différence notable entre les deux jambes, sous le rapport de la sensibilité : elle est affaiblie un peu dans la plus grande partie de la cuisse gauche. Il y a surtout une région, celle qui est au-dessous du pli fessier, où la sensation tactile est diminuée.

La sensation à la douleur est aussi légèrement diminuée en ce point.

Appareil urinaire. — Le malade a eu sa première blennorrhagie il y a une dizaine d'années, en 1866. Il ressentit depuis lors de légères difficultés à uriner ; il était obligé de faire de violents efforts au moment de la miction. Constipation opiniâtre.

Lorsque le malade a marché un certain temps avec des béquilles, son pied droit devient le siége d'un œdème assez marqué.

Examen de la contractilité électrique. — En électrisant les muscles du membre droit avec la machine à courants induits, on observe, d'une manière générale, que la contractilité électrique des muscles de la jambe droite est bien inférieure à celle des muscles de la jambe gauche.

Le courant produit des contractions dans la plupart des muscles de la jambe droite ; ces contractions sont peu énergiques : on ne peut arriver à en déterminer dans le jambier antérieur, l'extenseur commun des orteils et les muscles péroniers.

Les muscles de la région postérieure de la cuisse se contractent difficilement ; les muscles fessiers se contractent bien.

Traitement. — Électricité. Bains sulfureux, sirop d'iodure de fer.

10 *juillet.* — Il semble que le malade remue un peu plus

facilement ses orteils, depuis qu'il est soumis à l'électrisation.

17 *juillet.* — *Examen de la sensibilité électrique.* — Avec le pinceau électrique, la sensibilité ne paraît pas très-diminuée sur la région antérieure de la jambe gauche, mais elle l'est d'une manière beaucoup plus marquée au niveau de la cuisse.

21 *juillet.* — Nouveau furoncle sur la fesse droite au voisinage du point où s'en était déjà produit un auparavant.

8 *août.* — Le furoncle dégénère en petit anthrax ; ni sucre ni albumine dans les urines.

11 *octobre.* — Le malade a toujours à la fesse droite, au point où a siégé l'anthrax, une petite plaie de la grosseur d'une amande, qui ne peut pas se cicatriser, malgré les pansements au vin aromatique et les attouchements au nitrate d'argent.

Le malade fait quelques pas avec l'aide d'une canne ; cependant sa jambe n'est pas assez forte pour qu'il puisse se tenir debout en s'appuyant sur elle.

8 *novembre.* — Le malade va mieux ; il fait une dizaine de pas sans s'aider de sa canne. La contractilité offre le même état que lors de la première exploration.

Mensuration de la circonférence du membre inférieur droit.	Mollet droit, maximum. 0,28	Diminution. 0,01
	Cuisse droite, à 6 centim. au-dessus la rotule.. 0,32	Semblable.
	Id., à 6 centim. au-dessous du pli de l'aine. 0,45	Augment. de 0,01.

27 *novembre.* — *Examen de la contractilité de la jambe droite avec les courants induits.* L'électricité ne produit que de bien faibles contractions des muscles de la région antérieure et latérale. L'électrisation du sciatique poplité externe détermine quelques mouvements dans les muscles péroniers.

6 *décembre*. — La petite plaie de la fesse ne se cicatrise pas. Badigeonnages à la teinture d'iode autour de la plaie. On continue d'ailleurs le traitement institué lors de l'entrée du malade.

12 *décembre*. — Le malade a subi une amélioration notable. Il peut faire une centaine de pas sans l'aide de béquilles ou d'une canne, et en outre, lorsqu'il a un peu marché, son pied est beaucoup moins enflé qu'au début. A la vue, la jambe présente une coloration plus prononcée et une légère teinte cyanosée sur les orteils et sur la rotule. A la palpation, on observe une différence de température très-marquée entre les deux jambes ; la droite paraît beaucoup plus froide que la gauche ; en outre, elle donne une sensation de moiteur ; elle est toujours couverte d'un peu de sueur, surtout au niveau de la plante du pied.

17 *janvier*. — Les orteils ne sont plus aussi cyanosés.

Les muscles de la région antérieure et latérale présentent, quand on les électrise, quelques contractions, mais excessivement légères.

Les muscles de la région postérieure de la cuisse se contractent toujours un peu difficilement.

— Les mois suivants, sous l'influence de l'électrisation, continuée tous les jours, il y a une amélioration assez notable de l'état de la jambe droite ; elle a repris un peu de son volume et de sa force.

Obs. CXLVI. — *Atrophie musculaire consécutive à une méningo-myélite probablement de nature rhumatismale. — Myélite diffuse succédant à la méningo-myélite. — Amélioration des accidents.*

Le nommé H... Jacques, 41 ans, garçon marchand de vin.

Entré le 29 juillet 1876, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 5.

Renseignements. — Pas d'antécédents de famille. Le

malade, à 12 ans, reçut un coup de sabre sur le genou droit. On y constate actuellement une longue cicatrice, située à la partie interne de la rotule.

A 25 ans, blennorrhagie et chancre. Quelques jours après l'apparition du chancre, bubon dans l'aine droite. Le malade prétend n'avoir jamais eu d'éruptions cutanées ; cependant, sur divers points du corps, se trouvent des cicatrices irrégulièrement circulaires.

A 36 ans, rhumatisme articulaire aigu généralisé. D'après le malade, le cœur n'aurait pas été atteint. Actuellement, il existe quelques craquements dans les articulations des deux genoux.

Il y a six mois environ, le malade fut pris, presque soudainement, de douleurs fulgurantes, dans les deux membres abdominaux, et d'une faiblesse telle que, couché la veille bien portant, il ne put se lever le lendemain matin. Les jours précédents, il avait beaucoup travaillé.

Depuis son attaque de rhumatisme articulaire, il ressentait, de temps en temps, des douleurs vagues sur divers points du corps, tantôt au niveau de l'épaule, tantôt sur les côtés de la poitrine.

Les douleurs fulgurantes des membres abdominaux ainsi que la faiblesse de ces derniers persistèrent : deux jours après ces premiers symptômes le bras droit devint également faible et fut le siége de douleurs intolérables qui arrachaient des cris au malade.

Il entre alors à l'hôpital Lariboisière, où des compresses imbibées de chloroforme furent appliquées sur les membres abdominaux et sur le bras droit ; ce traitement lui procura un réel soulagement. Les douleurs devinrent moins vives pendant plusieurs jours. Mais la faiblesse des membres abdominaux et du membre thoracique droit ne disparut pas et même elle augmenta peu à peu.

Ce malade ne pouvait point marcher sans l'aide d'une

canne parce qu'il n'avait pas la sensation du terrain sur lequel il se tenait debout; il lui semblait qu'il marchait sur un plancher s'enfonçant sous lui, sur une éponge.

Le soulagement avait d'ailleurs été de peu de durée. Les douleurs s'étaient reproduites aussi vives qu'auparavant : elles empêchaient absolument le malade de dormir. Il n'a jamais eu des troubles de la vision. Le médecin du service dans lequel il se trouvait à l'hôpital Lariboisière lui fit appliquer des cautères dans la région dorsale, de chaque côté de la ligne des apophyses épineuses.

Il sortit peu amélioré, en somme, de l'hôpital et ne reste que quelques jours chez lui avant d'entrer à l'hôpital de la Charité.

Actuellement. — Affaiblissement très-marqué des membres abdominaux et du membre thoracique droit.

Les douleurs vives sont intermittentes. La marche est impossible sans un soutien quelconque. Le malade ne sent pas le sol sur lequel il se trouve; il a la sensation d'une éponge sous la plante de chacun des pieds. Il a toutefois une impression de plan résistant lorsqu'il ne marche que sur ses talons : incoordination légère des mouvements.

Anesthésie et analgésie complètes sur la surface cutanée des deux pieds. A ce niveau, le malade ne sent ni le contact des objets, ni les piqûres d'épingles.

Au-dessus des malléoles, ni anesthésie ni analgésie. Le membre thoracique droit est également amaigri; l'avant-bras, dans une *extension incomplète*, est aplati, flasque; dans la paume de la main du même côté, atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar; dépression légère au niveau des espaces interosseux métacarpiens ; extension incomplète des doigts.

Le bras droit et l'épaule droite sont flasques, mais peu atrophiés. Pas d'altération de la sensibilité cutanée sur le

membre thoracique droit. *Douleurs vives* dans la main et dans l'avant-bras.

Le membre thoracique gauche ne présente rien de particulier, si ce n'est un léger affaiblissement que l'on constate en se faisant serrer la main par le malade. Engourdissement des trois premiers doigts de la main gauche (pouce, index et médius).

Avec la machine à courants induits, conservation de la sensibilité électrique, sauf aux deux pieds. Pas de contractions musculaires à la paume de la main droite et à la face antérieure de l'avant-bras droit. Les contractions musculaires sont faibles à la face dorsale de l'avant-bras et au bras du côté droit ; il en est de même des contractions musculaires des membres abdominaux.

Céphalalgie légère. Insomnie continuelle. Pas d'étourdissements, ni de vertiges. Pas de troubles oculaires. Surdité, peu intense, à gauche.

Inappétence. Langue légèrement saburrale. Selles régulières et faciles. Pas de douleurs abdominales. Miction facile. Les bruits du cœur sont normaux. Pas de palpitations. Urine : pas d'albumine.

Août. — *Traitement.* — Iodure de potassium, 1 gr. Vin de quinquina. *Séance de faradisation* tous les deux jours.

31 *octobre.* — Les orteils sont plus fléchis, ce qui rend la marche pénible. Sur la face plantaire des deux gros orteils existe une ulcération qui laisse écouler de la sérosité. Sur la face plantaire du pied droit et au niveau de l'extrémité antérieure du premier métatarsien, on constate un décollement de la peau et une infiltration sanguine dans une étendue de 2 centimètres carrés. On remarque que, lorsque le malade est couché, ces parties des pieds appuient constamment sur les couvertures, et comme il y a insensibilité dans ces régions, le malade ne fait aucun mouvement pour modifier son attitude.

On fait un pansement méthodique sur toutes les plaies, et l'on place un cerceau qui empêche le contact des orteils avec les couvertures.

1er *novembre.* — Douleur vive dans le bras gauche; affaiblissement plus marqué du bras droit.

L'*électrisation* ne produit ni contractions, ni douleurs, ni aucune sensation, sur les deux pieds; elle est au contraire perçue en tous les autres points du corps, plus faiblement sur les deux jambes qu'ailleurs.

27 *novembre.* — Engourdissement au niveau du pli du coude, de la face palmaire de l'avant-bras et des trois premiers doigts du côté gauche.

A droite, raideur articulaire du poignet. L'extrémité inférieure du radius fait une saillie notable sous la peau; la main est dans l'adduction. Contractilité conservée dans les muscles de l'épaule, du bras et de la région dorsale de l'avant-bras gauche : du même côté, abolition de la contractilité dans les muscles de la région palmaire de l'avant-bras et diminution manifeste dans ceux des éminences thénar et hypothénar; elle est diminuée aussi dans les muscles de la cuisse gauche.

La sensibilité électrique est conservée partout, sauf aux pieds.

Le malade peut exécuter quelques légers mouvements avec le pied droit.

9 *décembre.* — Même état que lors de la note précédente. Le malade marche en s'appuyant sur les bras d'une autre personne; il n'a pas alors la sensation du plan résistant sur lequel il se trouve; il lui semble que le sol s'enfonce. Quand il marche ainsi soutenu, le pied qu'il soulève est pendant, et il le pose ou plutôt le laisse retomber à terre, en l'appuyant d'abord par la pointe.

10 *décembre.* — L'avant-bras droit, qui était fléchi à angle droit et dans la pronation, s'étend un peu sur le

bras et exécute des mouvements de supination, mais encore très-incomplets.

L'examen de la contractilité musculaire, à l'aide des courants induits, donne les résultats suivants :

A l'avant-bras et au bras, du *côté gauche*, la contraction musculaire provoquée par le courant est, d'une manière générale, très-diminuée. Ce sont surtout les muscles fléchisseurs qui répondent très-faiblement à l'excitant, tandis que les muscles extenseurs se contractent encore, quoique moins énergiquement qu'à l'état normal.

A la main gauche, les muscles de l'éminence thénar se contractent, mais avec plus de lenteur que dans les conditions ordinaires. Ceux de la région hypothénar, au contraire, ne répondent plus aux courants induits. Les interosseux, dorsaux et palmaires, jouissent de leur contractilité physiologique.

Au membre *supérieur droit*, d'une façon générale, la contractilité électrique est plus affaiblie qu'au membre supérieur gauche ; cependant le deltoïde et les muscles du bras se contractent assez pour imprimer des mouvements appréciables aux leviers sur lesquels ils s'insèrent. On a noté, à différentes reprises, que le biceps se contractait plus énergiquement quand on promenait de haut en bas, et sur son bord interne, l'un des excitateurs, que quand on plaçait ce même excitateur sur la face antérieure et le long du bord externe.

Le triceps répond moins bien aux courants que le biceps. Les autres muscles, en particulier les fléchisseurs, se contractent à peine, lors du passage de l'électricité, à l'exception des muscles long extenseur, court extenseur, long abducteur du pouce, dont la contractilité est à peu près normale.

A la main *droite*, les muscles de l'éminence hypothénar sont les seuls qui ne se contractent plus.

11 *décembre.* — Les plaies qui existaient sous la plante des pieds sont cicatrisées. Le traitement a consisté en application de gâteaux de charpie imbibés de glycérine et saupoudrés avec de l'iodoforme. On électrise le pied gauche du malade tous les jours avec la machine à courants induits. Séance de cinq minutes de durée. On n'électrise point le pied droit. A l'aide du pinceau métallique, la machine ayant son maximum d'intensité, on voit que la sensibilité électrique est totalement abolie sur le pied gauche. On ne provoque pas non plus de contractions musculaires. Il en est ainsi pendant plus de cinq minutes, temps pendant lequel on agit avec le pinceau électrique. Sur la peau de la jambe gauche, au contraire, le pinceau produit une douleur très-vive.

12 *décembre.* — On électrise la face dorsale du pied gauche. Le pinceau électrique, appliqué de nouveau pendant cinq minutes, ne produit aucune modification de la sensibilité. Absence complète de contraction musculaire.

Au contraire, la sensibilité au froid et à la douleur persiste, quoique affaiblie, sur les régions insensibles à l'électrisation.

13 *décembre.* — Séance d'électrisation avec le pinceau métallique, comme la veille. On continue à n'électriser que le pied et la jambe du côté gauche. Le malade y perçoit, de temps en temps, quelques fourmillements.

14 *décembre.* — Séance d'électrisation comme la veille. Il semble y avoir une légère modification de l'anesthésie. Sur le pied gauche, le contact simple n'est pas perçu, tandis que le contact avec frottement est senti. La sensibilité à la douleur est également ressentie, mais d'une façon intermittente.

Lors de l'entrée à l'hôpital, il y avait anesthésie et analgésie absolues des deux pieds. La modification produite par la faradisation cutanée du pied gauche paraît ne pas

s'être bornée à ce pied. Sur le pied droit, non électrisé avec le pinceau métallique, on observe les mêmes phénomènes; la sensibilité à la douleur est plus accentuée qu'auparavant sur la face dorsale du premier métatarsien.

On fait alors un nouvel examen de l'état de la contractilité musculaire et de la sensibilité des membres supérieurs et inférieurs.

Contractilité musculaire. — Aucune modification de l'état constaté précédemment pour les muscles des bras et des avant-bras.

Dans les régions thénar et hypothénar, la contractilité est nulle. Les interosseux palmaires et dorsaux restent inertes, sauf l'interosseux dorsal du médius, dont l'action, quoique très-faible et intermittente, est manifeste depuis trois jours.

On examine ensuite les membres inférieurs. Le triceps fémoral se contracte avec peu d'énergie, surtout du côté gauche. Les extenseurs de la jambe gauche ne se contractent pas du tout. Il en est de même des jumeaux.

A droite, le courant appliqué sur les extenseurs détermine, mais à de rares intervalles, des mouvements presque imperceptibles d'extension du pied et de renversement en dedans. Toutefois il ne parvient pas à donner aux orteils la plus légère extension. A droite et à gauche, sous la plante du pied, l'électricité ne produit absolument aucun effet.

Sensibilité. — A gauche, sur tout le bras et l'avant-bras, le malade perçoit nettement la sensation des courants électriques; il la supporte bien, quoiqu'elle lui soit pénible. Cette sensation devient très-obtuse à la région thénar. Elle recouvre au contraire sa netteté à la région hypothénar, où la contractilité est nulle.

A la région dorsale de la même main, le passage de l'électricité est très-bien perçu.

A droite, la sensibilité électrique est mieux conservée à l'avant-bras qu'au bras; mais elle est émoussée partout de ce côté et très-affaiblie à la région dorsale de la main; elle est nulle à la région palmaire.

Sur les cuisses, le courant est parfaitement senti; il ne produit pas d'impressions douloureuses.

La sensibilité électrique est très-affaiblie dans la jambe gauche. La sensation maximum est produite lorsqu'on promène de haut en bas un des pôles de la pile, l'autre pôle étant fixe. Elle est moins nulle à la partie antérieure de la jambe et surtout à la partie externe qu'à la partie postérieure, où l'électricité ne provoque qu'un léger fourmillement à peine accusé.

A la plante du pied, la sensibilité électrique est complétement abolie.

Il en est de même au dos du pied, dans la moitié interne, à partir du cou-de-pied jusqu'à l'extrémité des orteils. Là, cependant, l'électrisation au pinceau métallique produit quelques vagues fourmillements dans la plante du pied; mais ce phénomène n'est pas constant.

La jambe droite paraît légèrement plus sensible à l'électricité que la gauche, mais les réponses du malade varient à cet égard assez souvent. La sensibilité électrique au pied est totalement abolie.

La sensibilité au contact simple est conservée partout, sauf sur la région dorsale des pieds, où elle est fort émoussée ainsi qu'à la plante des pieds où elle est abolie. Le contact, avec frottement et mouvement, n'est pas perçu.

Sauf pour certaines parties des pieds, la sensibilité à la douleur est conservée partout; il y a des points, aux mains par exemple, où elle semble même exagérée.

Aux pieds, elle est abolie; à la plante des pieds, abolie; à la région dorsale, conservée, mais retardée sur les parties latérales.

Après l'électrisation, la douleur peut être provoquée sur le dos des pieds.

Nulle à la plante du pied, la sensibilité à la chaleur est nulle aussi sur le dos du pied, régions où la sensibilité électrique n'est pas perçue.

Mêmes constatations pour la sensibilité au froid.

22 *décembre.* — Chaque jour, la sensibilité est explorée sur le dos de chaque pied, avant et après l'électrisation de la jambe gauche. On se borne à électriser la partie inférieure de ce membre, pour voir si l'on ne fera pas reparaître ainsi un certain degré de sensibilité non-seulement dans le membre électrisé, mais encore dans le pied droit qui n'est soumis à aucune excitation du même genre. On faradise d'ailleurs aussi les muscles des membres supérieurs. Quant à la faradisation de la peau du membre inférieur, on la fait avec l'intensité minimum du courant, sauf pour la région comprise, au dos du pied, en arrière des deux derniers orteils internes, où elle est faite avec le maximum d'intensité du courant et à l'aide du pinceau métallique.

23 *décembre.* — La sensibilité à la douleur n'a pas pu être provoquée par le pincement sur le pied gauche (région dorsale) avant l'électrisation; elle est réapparue manifestement après la séance d'électrisation (d'une durée de 5 minutes). Sur le pied droit, la douleur a pu être provoquée, mais avec autant de difficulté après l'électrisation qu'auparavant.

24 *décembre.* — Mêmes phénomènes.

25 *décembre.* — La douleur sur le cou-de-pied n'a pu être provoquée par le pincement de la peau ni avant ni après l'électrisation, ni à droite, ni à gauche.

26 *décembre.* — La sensibilité à la douleur (comme toute autre sensibilité) paraît définitivement abolie sur toute la moitié interne du dos des pieds, et d'autant plus qu'on se

rapproche davantage de l'extrémité des deux derniers orteils internes, et d'autant moins, qu'on explore cette région plus en arrière.

L'électrisation est, depuis trois jours, très-douloureuse à la face postérieure des avant-bras. En outre, douleurs assez vives dans les jambes et les cuisses.

L'électrisation avec le pinceau métallique (maximum d'intensité du courant), pratiquée dans l'espace intermétatarsien le plus interne, du côté gauche, réveille la contraction des abducteurs de la cuisse du même côté.

Le malade ressent des fourmillements qui « grimpent » le long de sa jambe gauche jusque dans la cuisse; de temps en temps, il éprouve de vagues douleurs dans la plante du pied et dans le mollet correspondant.

Après cette séance d'électrisation, la douleur n'a pu être provoquée sur le dos du pied, si ce n'est en se rapprochant du bord externe de l'articulation tibio-tarsienne.

On continue encore pendant quelques jours l'essai qu'on a entrepris, puis on le cesse après avoir bien constaté que la faradisation de la peau du pied droit n'a point réveillé à un degré notable la sensibilité cutanée même dans les points directement électrisés.

2 *février* 1877. — Pendant vingt minutes, s'est manifestée une douleur violente, occupant tout le membre supérieur droit, s'irradiant dans l'épaule, le cou et la moitié droite de la tête. Elle était assez forte pour arracher des cris au malade. Depuis quelques jours, il remarque de la raideur dans les membres inférieurs; cette raideur l'empêche de marcher.

Ces phénomènes disparaissent au bout de peu de jours. Les douleurs violentes n'ont duré que quelques heures.

22 *février*. — Douleurs occupant les avant-bras et les mains. Douleurs aux pieds, depuis les malléoles jusqu'aux orteils. Ces douleurs sont lancinantes; elles disparaissent au bout de quelques heures.

8 *mars*. — Douleurs assez vives dans les quatre membres ; elles ont duré toute la nuit.

20 *mars*. — Douleurs très-vives aux deux pieds et aux deux avant-bras, mais surtout à droite. Ces symptômes n'ont encore qu'une durée de quelques heures.

17 *avril*. — Part à Vincennes un peu amélioré. Il a recouvré une certaine force ; il peut se tenir debout sans appui et marcher avec l'aide d'une canne ; mais l'impuissance des muscles moteurs du pied s'oppose à ce qu'il fasse ainsi un grand nombre de pas. Des bottines spéciales ont été faites pour lui et ces chaussures lui permettent de marcher beaucoup plus facilement.

Depuis quinze jours environ, il présentait une hyperesthésie aux deux jambes et aux avant-bras, ce qui rendait l'électrisation très-pénible.

Pendant tout son séjour, ce malade a été soumis à diverses médications internes, mais surtout à l'iodure de potassium et à l'huile phosphorée. Ce dernier médicament semble avoir produit un certain effet : c'est lorsqu'il l'a pris que l'on a commencé à constater une certaine amélioration ; il le prenait encore dans les derniers jours qui ont précédé son départ pour Vincennes.

Obs. CXLVII. — *Myélite diffuse chronique.*

H..., Élisa, 35 ans, domestique.

Entrée le 15 avril 1876, salle Sainte-Madeleine, n° 15.

La malade ne peut fournir aucun renseignement sur les antécédents de sa famille.

Antécédents personnels. — A l'âge de 3 ans, fièvre assez longue, de nature indéterminée.

A 8 ans, plusieurs abcès ganglionnaires qui ont laissé des cicatrices sur la partie latérale droite du cou.

A 12 ans, variole.

Quelque temps après sa variole, douleurs très-vives

dans la jambe gauche, qui empêchèrent la malade de marcher et la contraignirent à garder le lit.

Dix sangsues auraient été mises alors sur cette jambe. Durant les trois mois qu'elle resta au lit, sa jambe enfla, devint très-volumineuse et suppura même, mais sans issue d'esquilles. La malade rapporte que plusieurs médecins, réunis en consultation autour de son lit, émirent l'idée de lui amputer la jambe. Un mois après le début de la suppuration de la jambe gauche, celle du côté droit aurait également enflé, puis aurait suppuré abondamment, mais moins longtemps. Il existe des cicatrices rayonnées sur les deux jambes.

Lors de son rétablissement, la malade marchait en boitant; et, depuis cette époque, elle ressent des douleurs, des élancements dans les deux jambes, surtout à chaque changement de saison. A la même époque, affaiblissement de la vue, sensation d'un nuage interposé entre les yeux et les objets.

Vers l'âge de 16 ans, douleur vague au niveau de l'angle de l'omoplate gauche; sensation d'une barre de fer entre les deux épaules forçant la malade à se tenir courbée; palpitations fréquentes, céphalalgie, vertiges et pertes de connaissance momentanées.

Depuis cette époque, la douleur n'a fait qu'augmenter avec des alternatives de calme, que la malade attribue à l'application de nombreux emplâtres et vésicatoires.

Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 18 ans. Ses règles ne se sont pas montrées pendant une année. Pendant cette année, toux continuelle, douleur du dos plus intense et plus exagérée au moment de la toux, affaiblissement de la voix, sueurs abondantes, amaigrissement notable. Elle fit alors usage de vin de quinquina, de pilules de Vallet; mais elle ne put supporter l'huile de foie de morue, qui fut également prescrite.

Depuis 19 ans, les règles ont reparu et se produisent périodiquement ; elle n'a jamais eu de leucorrhée.

De 19 à 30 ans, les douleurs du dos et de la jambe droite reviennent à des époques assez éloignées les unes des autres. La malade a été quelquefois une année et plus encore sans souffrir. Les douleurs se manifestaient d'ailleurs avec une telle intensité que la malade ne pouvait ni marcher ni remuer. Durant ces crises, qui duraient parfois plusieurs semaines, les douleurs auraient été calmées sous l'influence des emplâtres.

Au mois de décembre 1874, la douleur du dos devient intolérable, s'irradie vers le membre thoracique gauche jusqu'aux extrémités des doigts. Fourmillements dans les deux mains, surtout à gauche. Raideur du membre thoracique gauche. Douleur vive dans la région de l'aine droite. Céphalalgie, vertige et perte de connaissance.

Le 14 décembre 1874, elle entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lasègue ; et, d'après une observation recueillie et recopiée par la malade, elle se plaignait de douleurs du dos, de l'épaule et du coude gauche ; ces deux dernières articulations étaient tuméfiées et douloureuses au toucher. En même temps, embarras gastrique, fièvre légère, sueurs abondantes, céphalalgie persistante. Quelques jours après son entrée à l'hôpital de la Pitié, les articulations du genou et tibio-tarsiennes droites se seraient également prises.

Ce n'est que le 29 décembre de la même année qu'on aurait constaté une atrophie de l'épaule gauche qui fit de rapides progrès, malgré le traitement par l'électricité, les injections de chlorhydrate de morphine et les vésicatoires.

19 *avril* 1876. — *Etat actuel.* — Douleurs vives dans le membre thoracique gauche, surtout dans l'épaule et le coude.

Douleurs passagères dans l'épaule droite et vers l'angle de l'omoplate du même côté.

Douleurs très-intenses dans la hanche, l'aine et le genou du côté droit.

L'épaule gauche est légèrement élevée et présente une atrophie notable, à tel point qu'elle paraît aplatie d'avant en arrière. La tête est inclinée sur l'épaule droite.

L'atrophie des muscles deltoïde, trapèze et grand pectoral du côté gauche détermine une exagération des creux sus et sous-claviculaires.

Le bras gauche atrophié est dans une adduction forcée; l'avant-bras, à demi fléchi, est rapproché du tronc et ne peut exécuter le mouvement d'extension.

La main gauche est dans une extension incomplète; les doigts sont légèrement fléchis et ne peuvent se redresser d'eux-mêmes (atrophie musculaire).

Le membre thoracique droit ne présente rien de particulier.

De sa main gauche, la malade saisit lentement et péniblement les objets qu'on lui présente; elle éprouve une réelle difficulté à les tenir quelques secondes. La force musculaire des deux mains est diminuée, surtout à gauche.

Sensation permanente de froid dans la région de l'épaule et la main du côté gauche.

Le membre abdominal gauche est normal.

La cuisse droite est légèrement fléchie; la jambe est dans une demi-flexion; les orteils sont dans une flexion permanente (contracture).

Douleurs très-vives sur le trajet du sciatique droit, surtout au niveau de la face postérieure du grand trochanter, de la tête du péroné et de la malléole interne.

La marche est difficile et s'exécute en boitant sur la pointe du pied droit.

Pas d'anesthésie. Pas d'analgésie. Toutefois la malade sent moins nettement le contact des objets et les pincements sur le membre thoracique gauche et le membre abdominal droit que sur les autres membres. La pression

est douloureuse sur les régions cervicale et lombaire de la colonne vertébrale. Céphalalgie.

Nous donnons ci-contre un tableau qui permet de se rendre compte rapidement de l'atrophie des membres.

MENSURATION

Circonférence des :

			cent.
Membres thoraciques.	I. *Bras.* — Portion moyenne,	droit	= 21 1/2
		gauche	= 20
	II. *Avant-bras.* — *a.* Au-dessous du pli du coude,	droit	= 21
		gauche	= 20
	— *b.* Portion moyenne,	droite	= 18 1/2
		gauche	= 17 1/2
	— *c.* Au-dessus du poignet,	droit	= 14
		gauche	= 13
	III. *Mains.* — Portion moyenne des métacarpiens,	droite	= 17
		gauche	= 16
Membres abdominaux.	I. *Cuisses.* — *a.* Portion moyenne,	droite	= 40
		gauche	= 42
	— *b.* Au-dessus des genoux,	droite	= 30
		gauche	= 30
	II. *Jambes.* — *a.* Au niveau de la tubérosité antérieure du tibia,	droite	= 26
		gauche	= 27
	— *b.* Portion moyenne,	droite	= 29
		gauche	= 29
	— *c.* Au-dessus des malléoles,	droite	= 18
		gauche	= 18

Respiration normale. — Pas de toux.

Langue sale, jaunâtre. — Inappétence. — Crampes d'estomac.

Constipation persistante.

A l'auscultation du cœur, bruit de souffle léger à la base.

Insomnie légère. — Céphalalgie continue.

L'examen des urines ne donne ni albumine ni sucre. Les mictions sont rares.

23 *avril.* — *Sous l'influence d'un courant faradique*, le grand pectoral gauche se contracte énergiquement; le deltoïde du même côté se contracte faiblement; quant aux autres muscles du bras, de l'avant-bras et de la main gauche, ils se contractent également bien. — Hyperesthésie de la jambe droite. — Les muscles de la jambe et du pied se contractent bien.

Traitement. — Injection de 20 gouttes de chlorhydrate de morphine.

24 *avril.* — Hyperesthésie de la face externe de la jambe droite, surtout au niveau de son tiers moyen. — L'électrisation est douloureuse, intolérable sur la jambe droite; supportable sur le membre thoracique droit.

25 *avril.* — Hyperesthésie moins prononcée de la jambe droite. — Douleur vive au niveau de la hanche droite.

Traitement. — Injection de chlorhydrate de morphine.

26 *avril.* — *Électrisation.* — Durant cette séance, la malade accuse quelques douleurs légères, en avant de la partie gauche de la poitrine et sur l'avant-bras du même côté; sur le deltoïde gauche, qui se contracte à peine, et sur le bras gauche, l'électricité est faiblement ressentie. — Sur le membre abdominal droit, l'électrisation est douloureuse, surtout sur la jambe, moins toutefois que le 24 avril.

1er *mai.* — Tous les deux jours, électrisation. — Tous les jours, injection de chlorhydrate de morphine sur la hanche droite.

La malade se plaint d'éprouver depuis plusieurs jours, surtout la nuit, des frissons.

11 *mai.* — L'électrisation est toujours pénible, surtout sur le membre abdominal droit. — Les muscles de l'épaule,

à l'exception du deltoïde, ceux du bras et de l'avant-bras se contractent toujours bien. — Malgré l'électrisation, flexion constante des orteils droits. — Points douloureux à la pression au niveau de la hanche droite et de la région dorsale (partie inférieure), calmés par les injections de chlorhydrate de morphine.

13 *mai.* — La malade dit avoir eu une selle sanglante.

16 *mai.* — Même état. — Même traitement. — Persistance des douleurs. — Électrisation intolérable à la jambe droite et sur le grand pectoral gauche.

Inappétence.

2 *juin.* — Depuis deux nuits, fourmillements et engourdissements dans la jambe gauche.

9 *juin.* — Douleurs aiguës depuis hier, partant du moignon de l'épaule gauche, suivant le trajet du nerf cubital jusqu'au petit doigt.

La jambe droite peut à peine supporter l'électrisation la plus légère.

12 *juin.* — Douleurs dans l'épaule et les muscles du cou à gauche. — Raideur.

10 *juillet.* — Faiblesse excessive, la malade ne prenant qu'un potage par jour. — Vomissements intermittents. — Quelques vertiges.

14 *août.* — Diarrhée très-abondante la nuit dernière, accompagnée de refroidissement des extrémités, de crampes et de vomissements. — Potion avec 4 grammes d'extrait de ratanhia. — Thé au rhum.

1er *septembre.* — La malade ressent une douleur dans l'épaule droite et dans le coude, et des fourmillements le long du bord cubital de l'avant-bras et jusqu'au petit doigt.

Les mouvements de ce côté sont gênés par la douleur, mais il ne paraît pas y avoir d'atrophie appréciable des muscles. — L'état du membre supérieur gauche et du membre inférieur droit est toujours le même. La malade

continue à prendre des injections de morphine en augmentant les doses.

1er *décembre*. — La malade ressent de nouveau, depuis quinze jours, de vives douleurs dans l'épaule droite et des fourmillements dans le bras correspondant.

Les deux bras sont souvent comme engourdis.

La malade continue à manger très-peu de chose.

Elle en est arrivée à prendre 5 seringues par jour de la solution de chlorhydrate de morphine au 50e, soit 10 centigrammes.

Les positions couchée et assise sont pénibles à la malade, qui se tient deboût le plus qu'elle peut.

21 *décembre*. — La malade n'a pas été à la selle depuis avant-hier. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

22 *décembre*. — La malade n'a pas été après la purgation. — Un lavement purgatif donné le soir n'a amené qu'une selle. — Scammonée, 50 centigrammes.

27 *décembre*. — Même état.

1877. — *Mai*. — Depuis le mois de février, c'est-à-dire depuis que les désordres gastro-intestinaux ont cessé, la malade se trouve dans l'état suivant :

Au lit, la malade est obligée de changer souvent de position, car toute attitude la fatigue; elle n'a donc pas un décubitus à elle propre; cependant, à son réveil, elle surprend souvent sa main gauche fermée sur son pouce, l'avant-bras fléchi sur le bras et le membre tout entier serré contre le corps, dont elle ne l'écarte qu'avec peine et très-incomplétement; mais il y a à faire la part de l'ankylose de l'articulation scapulo-humérale et de l'habitude de la malade de remplacer l'abduction du bras par une flexion du corps vers le côté opposé et par l'élévation de l'omoplate.

Le moignon de l'épaule gauche est moins gros que celui de l'autre côté. Il y a surtout atrophie des muscles de ce côté; cependant l'électricité fait contracter très-visiblement

les muscles de l'épaule qui ne relient pas les os soudés; mais la contraction est certainement moins forte dans ces derniers : ainsi, le faisceau antérieur du deltoïde se contracte plus énergiquement que le postérieur. Le creux sous-claviculaire du côté gauche est ainsi plus prononcé.

L'épaule droite est à peu près normale, si l'on considère que le sujet est assez maigre.

Le membre abdominal droit n'est jamais dans l'extension complète; la malade prétend que cette extension, qu'elle peut exécuter, mais non conserver, provoque de la douleur dans ce membre, surtout dans la partie supérieure de la cuisse et externe du bassin; il semble qu'elle lutte contre une rétraction du fascia lata. Cette attitude de flexion de la cuisse sur le bassin, et de la jambe sur la cuisse, explique la différence de longueur des deux membres inférieurs.

Les orteils sont fléchis en griffe, de telle sorte que leur extrémité antérieure porte sur le plan qui contient la face plantaire. Leur contracture, qui ne cède pas aux efforts de la malade, ne cède que très-peu à une influence étrangère.

La pointe du pied est abaissée; les muscles de la jambe sont impuissants à la relever, si l'on vient à suppléer à ce mouvement avec la main; la malade maintient son pied relevé une ou deux secondes; après quoi, la force musculaire épuisée, elle le laisse retomber. Les muscles de la jambe aussi bien que ceux de la cuisse répondent à un courant faradique, mais l'incitation électrique est impuissante à relever le pied, quoiqu'on aperçoive très-bien la tension des muscles fléchisseurs. Les jumeaux sont mollasses.

Les muscles de la région plantaire ne se contractent pas davantage sous l'influence électrique.

Le passage du courant faradique, partout douloureux, plus ou moins, n'éveille ici aucune sensibilité, quoiqu'elle sente aussi bien là qu'ailleurs le contact, la pression ou le frottement.

La tête est fléchie du côté droit et la face tournée en dehors de ce côté; mais la malade n'a là qu'une habitude qu'elle peut vaincre aussi facilement qu'une autre personne, aucune contraction musculaire et aucune cause articulaire n'étant en jeu.

La marche est fatigante et légèrement douloureuse.

Dans la marche, la malade se plie en avant, sans que, pour cela, elle soit entraînée malgré elle par une propulsion.

L'inégale longueur de ses membres inférieurs est une cause de claudication du reste peu accusée et de flexion du corps à droite.

Lorsqu'elle marche, la pointe du pied droit quitte à peine le sol, et le point d'appui de ce côté n'est pas la face plantaire, mais l'angle dièdre formé par cette face et la face externe du pied; la malléole externe ne porte pas. Après un peu de fatigue, c'est-à-dire au bout d'un quart d'heure, d'une demi-heure, la forme traînante de la marche et toutes ses imperfections sont plus accusées.

Quand la malade s'arrête debout, elle se tient sur le pied gauche, fléchissant plus que de coutume la jambe droite sur la cuisse, qui est dans l'abduction, pendant que la jambe est croisée sur la jambe gauche.

La malade reste très-peu assise, car il lui faut changer souvent de position, ce que cette manière permet peu.

Les douleurs reviennent moins souvent qu'autrefois et sont moins violentes; cependant tous les mouvements sont un peu douloureux; mais ce sont des douleurs sourdes dans ce cas et qui n'arrêtent nullement la malade.

C'est assez souvent un sentiment de pesanteur et de constriction, s'étendant quelquefois à tout le corps, mais plus marqué dans le bras gauche et la jambe droite; d'autres fois, c'est la sensation d'une torsion, d'un déchi-

rement occupant spécialement les masses musculaires du bras gauche, de la cuisse et de la jambe droite, ainsi que les muscles de la masse commune.

De temps à autre, il survient des fourmillements remontant de la périphérie au centre, durant de cinq minutes à un quart d'heure, rarement plus; d'autres fois, ce sont des élancements, ou même, mais assez rarement, de véritables douleurs fulgurantes venant de la racine du membre et descendant jusqu'à la périphérie, ou suivant un trajet descendant dans les muscles de la région post-vertébrale.

Enfin, dans les articulations de l'épaule et du coude gauche, de la hanche, du genou et du cou-de-pied droit, elle sent presque continuellement des douleurs assimilables à celles du rhumatisme.

Le bras droit n'a guère que de l'engourdissement.

Le membre inférieur gauche n'a de pris que le genou.

A la colonne vertébrale, c'est la colonne lombaire et la partie inférieure de la colonne dorsale qui sont atteintes de douleurs sourdes plus ou moins angoissantes, avec des douleurs fulgurantes, mais très-rarement.

La malade digère difficilement, supporte mal certains aliments, tels que la viande, les légumes secs; elle se nourrit d'œufs, de lait, de fromage, de bouillon et de fruits. Les digestions sont accompagnées d'un sentiment de pesanteur longtemps après les repas; cependant, depuis ces trois derniers mois, elle a très-peu de nausées et peut-être quatre ou cinq vomissements, ainsi que trois ou quatre fois de petites diarrhées.

La malade a assez souvent des éblouissements qui ne durent guère que deux ou trois secondes; c'est surtout lorsqu'elle est debout qu'ils surviennent; alors la malade se penche à droite et rétablit son équilibre sans tomber. Elle voit passer des nuages devant ses yeux, voit des points

lumineux, qui disparaissent aussitôt; tension égale dans les deux yeux. Il lui arrive aussi d'avoir de la diplopie quand elle est fatiguée, mais ce symptôme ne dure pas.

Très-souvent, bourdonnements d'oreilles.

Presque toujours céphalalgie.

Au commencement du mois de juin, la malade est envoyée à la Salpêtrière, comme incurable.

ARTICLE TROISIÈME

Paralysie atrophique de l'enfance.

Les considérations exposées dans l'article précédent, concernant les atrophies musculaires, me dispensent d'entrer dans de longs détails à propos du cas de paralysie atrophique de l'enfance, dont l'histoire clinique est relatée plus loin.

On sait comment débute l'affection. A sa première période, sans phénomènes prémonitoires antérieurs, les malades sont pris d'une fièvre intense, plus ou moins rémittente. Cette période fébrile, souvent de courte durée, est encore caractérisée par des douleurs plus ou moins aiguës dans la région vertébrale; en même temps, des crampes douloureuses surviennent dans les masses musculaires des membres; quelquefois, ces crampes se reproduisent longtemps après la disparition de la fièvre.

Cette première période est suivie à bref délai d'une seconde période, dite de paralysie. En effet, cette période est essentiellement caractérisée par une paralysie, généralement à peu près complète, des masses musculaires atteintes. Bientôt, au bout de quelques jours, se dessine le symptôme capital de l'affection, l'abolition de la contractilité musculaire, suivie de l'atrophie des muscles. Mais déjà on a pu constater que quelques-uns des muscles

paralysés les premiers jours tendent à reprendre et reprennent leur fonctionnement. L'atrophie musculaire constitue la troisième période de l'affection. Tous les muscles qui commencent à s'atrophier ne sont pas d'ailleurs destinés à se détruire. Parmi les muscles frappés de paralysie et d'atrophie, il en est qui le sont définitivement ; d'autres, au contraire, reviennent plus ou moins rapidement à leur volume normal, en récupérant leur fonctionnement physiologique ; alors l'affection est définitivement constituée ; elle est une infirmité, elle ne progresse plus, elle reste stationnaire, à moins que, par un traitement approprié et longuement continué, l'on n'arrive à rendre plus ou moins complètement à quelques muscles leurs propriétés physiologiques, comme chez la malade de l'observation CXLVIII.

Dans la paralysie atrophique de l'enfance, — et c'est précisément ce caractère qui la rapproche des autres atrophies musculaires, de l'atrophie musculaire progressive en particulier, — il y a toujours destruction des cellules nerveuses des cornes antérieures, dans une étendue plus ou moins grande de la substance grise de la moelle épinière (le premier fait publié appartient à MM. Vulpian et Prévost) ; quelquefois, la région envahie dans la moelle est très-petite, comme dans le cas publié par MM. Prévost et David. Dans ce fait, l'atrophie était limitée aux muscles de l'éminence thénar. Mais ce qui différencie radicalement la paralysie atrophique de l'enfance de l'atrophie musculaire progressive, c'est ce point capital, indiqué plus haut : dans l'atrophie musculaire progressive, la lésion de la moelle progresse fatalement ; dans la paralysie atrophique de l'enfance, c'est d'ordinaire une lésion morte, un fait accompli. Il ne faut pas oublier cependant que la lésion limitée de la moelle peut être le point de départ du processus de l'atrophie musculaire progressive (observations citées dans l'article deuxième). Ce qui distingue encore la para-

lysie atrophique infantile de l'atrophie musculaire progressive, au point de vue de l'état de la contractilité des muscles atteints, c'est que, dans l'atrophie musculaire progressive, la diminution de cette propriété se fait peu à peu et qu'elle persiste, plus ou moins affaiblie, tant qu'il reste des faisceaux musculaires non détruits dans les muscles ; tandis que, dans la paralysie atrophique de l'enfance, cinq, six, sept jours après l'invasion de la maladie et la production de la paralysie, la contractilité des muscles paralysés ne peut plus être mise en jeu par l'électricité, au travers de la peau. C'est du moins ce qui a lieu dans les muscles destinés à s'atrophier, car la contractilité persiste, au contraire, plus ou moins intacte, dans les muscles qui doivent recouvrer leurs fonctions.

La nature de la paralysie atrophique de l'enfance est encore en discussion, du moins pour certains auteurs. M. Vulpian, dans ses cours, avait décrit la paralysie atrophique de l'enfance comme une maladie produite par une affection inflammatoire de la moelle épinière. Mais c'était là une présomption qui, bien qu'appuyée sur de solides arguments, pouvait être renversée par de nouvelles études sur l'anatomie pathologique de l'affection. Il n'en a rien été. MM. Roger et Damaschino, ayant pu examiner la moelle épinière de jeunes enfants atteints de paralysie atrophique de l'enfance et morts presque au début de la maladie, ont constaté des lésions incontestables de myélite. Cette myélite occupait les cornes antérieures de la substance grise et une partie des faisceaux antéro-latéraux. M. Vulpian a cité des cas dans lesquels, à la première période de la maladie, il y avait, en même temps que la paralysie musculaire, de l'anesthésie très-prononcée, non-seulement des muscles paralysés, mais encore de la peau de la région. Ces faits montrent bien, avec les douleurs, les crampes, que, dans la première période de l'affection, il y a

constamment lésion plus ou moins marquée des régions sensitives de la moelle épinière. Plus tard, si l'on consulte toutes les observations citées, il n'existe plus, en général, de traces reconnaissables des lésions qui se rencontrent, au début, dans les régions situées en dehors des cornes antérieures de substance grise. J'ai communiqué à la Société de biologie l'observation d'une vieille femme de 80 ans, morte dans le service de M. Charcot ; elle avait une paralysie atrophique de l'enfance du bras droit ; les cellules des cornes antérieures de la moelle, seules, avaient disparu ; les cordons antéro-latéraux ne portaient pas de traces d'inflammation ancienne. D'après M. Vulpian, lors de l'invasion de la paralysie atrophique de l'enfance, toutes les cellules des régions de la moelle atteintes sont affectées, mais elles le sont à des degrés divers. Il en est dont la constitution intime est tellement modifiée, qu'elles sont condamnées à une destruction rapide ; d'autres, moins profondément altérées, ne recouvrent cependant leur structure et leurs aptitudes fonctionnelles qu'après un temps plus ou moins long. Les muscles qui sont soumis à l'influence trophique de ces cellules souffrent dans leur nutrition, commencent à s'atrophier : mais si les cellules nerveuses qui leur correspondent récupèrent leur intégrité structurale et fonctionnelle avant que l'atrophie musculaire soit complète, ces muscles peuvent devenir le siége d'un travail actif de régénération anatomique et physiologique. Enfin, les muscles qui sont soumis à l'influence des cellules nerveuses les moins atteintes reprennent leur fonctionnement dès que ces cellules sont revenues à l'état normal, ce qui ne tarde guère, en général.

L'observation CXLVIII présente une certaine irrégularité quand on compare l'évolution de la maladie chez cette malade, à celle que d'habitude on rencontre dans les cas de paralysie atrophique de l'enfance. En effet, à l'âge de 3 ans

et demi, elle est prise, sans cause appréciable, au milieu de la santé la plus parfaite, d'une fièvre assez intense. Quelques jours après survient de la paralysie ; cette paralysie ne fut pas complète au début ; la malade pouvait encore se tenir debout, en s'appuyant aux meubles, aux murs ; elle pouvait même faire ainsi tout le tour de sa chambre. Puis l'affection suivit une marche croissante ; elle augmenta peu à peu : il semble, d'après ce que raconte la mère, que de légères aggravations se produisaient en quelques heures, en un jour, après une période plus ou moins longue d'état ; la malade ne put bientôt plus se tenir debout : elle restait accroupie sur ses genoux ; l'affection progressant toujours, elle fut confinée au lit. Il y aurait quatre ou cinq ans environ que l'affection ne ferait plus aucun progrès.

Il n'a pas été possible de savoir de la mère de l'enfant si ces recrudescences de paralysie ont coïncidé avec un mouvement fébrile. Quoi qu'il en soit, la maladie a procédé par étapes, par poussées, comme dans l'atrophie musculaire progressive ; et cependant c'est bien un cas de paralysie atrophique de l'enfance auquel nous avons eu affaire. M. Vulpian posa ce diagnostic, en prenant en considération la fièvre du début, la période paralytique, la période atrophique, l'amélioration qui est survenue sous nos yeux. Malgré l'irrégularité de la marche de la paralysie et de l'atrophie, on ne peut mettre un instant en doute le diagnostic, pour les raisons énoncées plus haut.

Quelques particularités sont encore intéressantes dans l'histoire clinique de la jeune malade. 1° Presque tous les muscles du corps ont été atteints chez cette jeune fille, et aucun d'eux, peut-être, n'a été détruit d'une façon absolument complète. 2° La maladie, au lieu de se produire dans toute son intensité d'un seul coup, dans une seule attaque, a procédé par sorte d'accès, par des poussées

successives. 3° Nous signalerons aussi : la surcharge adipeuse du tissu sous-cutané, qui était telle que, dans certaines régions où les muscles avaient à peu près complétement disparu, le volume normal était conservé et parfois même dépassé. La forme de certains points des membres inférieurs était modifiée par cette accumulation de tissu adipeux dans le pannicule sous-cutané. Cette surcharge de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané s'observe, comme on le sait, dans tous les cas de paralysie atrophique de l'enfance, — à des degrés divers, — comme Duchenne de Boulogne l'a signalé depuis longtemps, comme M. Vulpian l'a montré bien des fois dans les différents services dont il a été chargé. C'est là un fait presque constant dans les cas variés d'atrophie musculaire et qui doit entrer parmi les éléments de diagnostic. 4° Il faut noter encore le résultat du traitement par l'électrisation faradique. Sous l'influence des courants d'induction, appliqués chaque jour, pendant plusieurs mois, il s'est produit une très-notable amélioration dans l'état de la jeune fille.

Le mouvement a commencé à revenir dans les jambes, autrefois impotentes. Dès le 10 mars, la malade a pu se peigner et porter sa main derrière la tête, ce qu'elle ne faisait pas à son entrée à l'hôpital ; elle élève ses bras en l'air, et elle peut faire quelques travaux de couture; elle peut imprimer, étant assise, des oscillations à ses jambes. Je dois dire qu'on lui avait prescrit, en même temps que l'électrisation, l'administration quotidienne d'une à deux cuillerées de sirop d'iodure de fer.

Comme le faisait remarquer M. Vulpian, ce cas, au point de vue du résultat du traitement, est des plus remarquables, parce que l'électricité n'a été employée que plusieurs années après la fin de l'évolution de la maladie.

— Cette jeune malade est morte en 1878, dans le service

de M. Vulpian, après avoir présenté une série d'accidents insolites. (Voir la note qui suit l'observation.)

OBSERVATIONS

Obs. CXLVIII. — *Paralysie atrophique de l'enfance, ayant, dans son évolution, procédé par poussées successives. — Surcharge adipeuse dans les régions envahies par l'atrophie. — Bons effets du traitement par l'électricité (courants induits).*

La nommée F..., Marie-Constance, âgée de 15 ans.

Entrée le 20 février 1877, salle Sainte-Madeleine, lit nº 14.

Renseignements. — La malade est issue d'un mariage consanguin. Son père, cousin germain de la mère, est d'une excellente santé. Celle-ci a des antécédents nerveux assez accusés : migraines à peu près périodiques.

Notre malade est l'aînée de cinq enfants : la deuxième est morte de convulsions, à vingt-six mois ; la troisième est assez chétive ; la quatrième porte sur la figure des scrofulides malignes ; la cinquième est également scrofuleuse.

Jusqu'à 3 ans et demi, excellente santé. La première dentition s'est faite sans accident. A cette époque, elle fut prise, sans cause appréciable, d'une fièvre assez intense. L'état fébrile dura vingt-quatre heures.

Le lendemain, l'enfant resta couchée. Quand on voulut la lever les jours suivants, on constata qu'elle était très-faible des jambes, que celles-ci fléchissaient sous elle et la laissaient choir. On crut que la fièvre de vingt-quatre heures avait épuisé les forces. L'enfant marchait déjà seule, et la paralysie a été très-facile à constater dans les membres

inférieurs ; cette paralysie était incomplète. On ne peut savoir si les membres supérieurs étaient atteints à cette époque.

La malade pouvait, au début, se tenir debout en s'appuyant aux meubles et aux murs ; elle pouvait même faire ainsi tout le tour de la chambre. Mais l'affection suivit une marche croissante, et elle augmenta peu à peu, par sortes de poussées successives. Les jambes furent les plus paralysées.

Au bout de quelques années, la malade ne pouvait plus se tenir debout, même en se cramponnant aux chaises et aux meubles. Elle prit pour position constante (jouant ainsi avec une chaise) de se tenir à genoux, et ne se reposant même sur ses talons qu'après une assez longue fatigue.

Mais cette position, qu'elle put garder pendant près d'un an, ne lui fut bientôt plus possible ; alors elle resta dans un fauteuil, puis au lit. A ce moment, les membres supérieurs étaient très-affaiblis.

Aucune modification ne se produisit dans son caractère. Son intelligence était normale ; mais la moindre contrariété lui faisait perdre ses forces ; elle lâchait de ses mains ce qu'elle tenait.

Depuis cette affection, elle n'a fait aucune maladie. Son état général a toujours été à peu près bon.

Réglée à 12 ans à peu près. La menstruation s'est toujours effectuée chaque mois ; mais elle a quelquefois vu dans les intervalles.

Il y a quatre ou cinq ans que l'affection paraît arrêtée dans sa marche progressive. Il est nécessaire du reste de dire que la mère n'a point de souvenir précis, relativement à cette époque de la cessation des progrès de la maladie.

20 *février*. — *État actuel*. — État général bon. Les appareils de la circulation, de la respiration, de la digestion, ne

présentent rien qui indique un trouble dans leur fonctionnement. La peau est fine et couverte de quelques pustules d'acné.

Pas d'amaigrissement. Les membres n'offrent, à part quelques exceptions aux pieds et aux mains, aucune modification dans les saillies molles. Au contraire, à la partie inférieure de l'avant-bras, il y a accumulation de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané, ce qui donne un peu à cette région l'apparence du bourrelet que présente souvent le poignet des enfants à la mamelle.

Vers le tiers inférieur de la crête du tibia, augmentation du tissu adipeux. Si l'on cherche à pincer la peau en la soulevant, on voit qu'elle est doublée d'une grande épaisseur de graisse; la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée est très-considérable ; cette augmentation de graisse atteint son plus grand développement aux parties d'ordinaire les plus charnues : à la partie postérieure de la jambe, à la cuisse, aux bras, à la région sus-carpienne du poignet.

Les doigts sont plus maigres qu'à l'état normal ; de plus, les articulations des première et deuxième phalanges de l'index et du médius du côté droit, de l'index, du médius et de l'annulaire du côté gauche, font dans l'extension un angle dont le sommet regarde en avant.

Les pieds sont toujours tombants, même au lit; pas de pied bot véritable; cependant la plante des pieds est un peu creusée par suite de la flexion continuelle des doigts.

Il n'y a pas de déformations osseuses, pas d'arrêt de développement.

Les articulations sont saines, et on peut produire tous les mouvements; toutefois les genoux ne peuvent être complétement étendus.

Les mouvements spontanés sont limités, et ils n'ont ni la force ni la rapidité ordinaires.

Les membres inférieurs sont certainement les plus para-

lysés. Le pied ne peut faire qu'un mouvement de flexion très-lent et retombe peu après dans l'extension, qui est sa position continuelle. L'adduction et l'abduction se font, mais très-lentement et très-incomplétement.

La flexion du genou se fait avec lenteur : le talon ne quitte pas le lit pendant que la malade exécute ce mouvement.

L'extension incomplète de la jambe sur la cuisse est la position habituelle des membres inférieurs.

Si l'on soulève la cuisse au-dessus du plan horizontal, et si on la maintient dans cette situation, la malade n'a pas la force d'étendre suffisamment la jambe sur la cuisse pour que le pied quitte le lit : il en est de même quand elle est assise; c'est-à-dire que la malade ne peut pas lever le pied de façon à lui faire quitter le sol. Lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, les membres inférieurs sont tout à fait flasques.

La malade, dans la flexion de la hanche, élève l'extrémité inférieure du fémur, et le pied reste accolé au plan horizontal; l'extension semble se faire uniquement par le poids du membre.

L'adduction et l'abduction se produisent en faisant pivoter la jambe alternativement à droite et à gauche sur le talon.

A la main, il y a un léger tremblement involontaire.

La main exécute tous les mouvements, mais avec une extrême faiblesse; elle serre à grand'peine, pour ne point laisser glisser ce qu'elle tient (un verre ne peut être retenu); ce qu'elle amène au dynamomètre est à peu près nul. L'extension, la flexion, l'écartement et le rapprochement des doigts, en un mot tous les mouvements des doigts ont lieu, mais très-limités.

Le poignet ne se relève pas entièrement, et la flexion n'est pas tout à fait complète.

La pronation et la supination s'effectuent normalement, ainsi que les mouvements du coude, mais avec faiblesse.

La malade ne peut étendre ses bras en croix sans que ceux-ci retombent par leur propre poids ; elle ne peut les tenir au-dessus de sa tête quand elle est assise.

En somme, il n'est pour ainsi dire aucun des mouvements des membres qui soit absolument impossible : seulement ces mouvements sont tous très-faibles, très-limités, et quelques-uns d'entre eux sont presque nuls.

La malade se tient à peu près constamment sur son lit ou dans un fauteuil; elle n'éprouve pas de fatigue dans cette situation. Dans la position verticale, étant soulevée et maintenue de façon qu'elle ne touche pas le sol, les membres inférieurs retombent complétement, et elle ne peut même pas leur imprimer quelques oscillations. Si les pieds posent à terre, elle les fait glisser un peu.

Étant soutenue sous les bras et s'appuyant à terre, les jambes se fléchissent, et elle ne supporte de son corps qu'un poids tout à fait minime.

La *sensibilité* est intacte; cependant les corps froids sont plus vivement sentis qu'à l'ordinaire.

La *faradisation* est douloureuse, et la malade ne la supporte que si les courants sont assez faibles. Cette circonstance et l'épaisseur du tissu adipeux s'opposent à ce qu'on puisse déterminer avec précision s'il y a des contractions musculaires.

La malade fait d'ailleurs tous les efforts qu'elle peut mettre en œuvre pour échapper au contact des excitateurs électriques. Elle souffre, dit-elle, beaucoup ; son caractère est absolument enfantin ; on dirait une petite fille de 8 ans : cependant l'intelligence n'est pas nulle ; elle est même assez développée.

Traitement. — A partir du jour de son entrée à l'hôpital, la malade est électrisée tous les jours avec la machine

d'induction, séance de quatre à cinq minutes; courants relativement faibles, à cause des douleurs provoquées. — Sirop d'iodure de fer : une cuillerée, puis deux cuillerées par jour. — Vin de quinquina.

10 *mars.* — La malade peut se peigner et porter la main derrière sa tête, ce qu'elle ne faisait pas auparavant; elle élève ses bras en l'air et se sent un peu plus forte.

25 *mars.* — Amélioration dans les jambes; étant assise, elle leur imprime des oscillations. Elle peut aussi, en traînant sa chaise avec ses mains, faire pivoter celle-ci sur l'un, puis sur l'autre pied antérieur, de façon à avancer un peu.

2 *avril.* — La malade est atteinte de variole et transportée à l'hôpital Temporaire.

La malade est rentrée dans le service, guérie de sa variole, au mois de juin.

Son caractère paraît être encore plus enfantin qu'avant la maladie éruptive; elle pousse des cris à propos de la moindre douleur, et les séances d'électrisation de chaque jour ne sont qu'un long gémissement.

La variole, assez grave par sa durée et son intensité, n'a influencé en rien la paralysie atrophique ; celle-ci possédait, lors du retour de la malade, le degré d'amélioration auquel elle était parvenue à l'époque du départ de la jeune fille pour l'hôpital Temporaire.

On continue le traitement par les courants faradiques.

1er *août.* — Il y a encore une légère amélioration, lorsque l'on compare son état actuel à celui qu'elle offrait lors de la précédente note.

Note complémentaire. — Il convient de compléter cette observation en indiquant d'une façon succincte la marche suivie par la maladie jusqu'au *jour* de la mort.

L'état de cette jeune fille est resté à peu près le même depuis le jour où a été prise la dernière note jusqu'à la fin du mois d'octobre.

Il n'y a pas eu de modifications bien marquées dans le degré de force des membres, bien que la faradisation des muscles ait été continuée avec persévérance : toutefois, il y a eu une légère amélioration.

Au commencement du mois de novembre, la malade a été prise de diarrhée avec coliques et inappétence; elle a eu, en même temps, un peu de fièvre : 38°,2 dans l'aisselle. Elle avait déjà eu une courte crise de ce genre. Cette fois, la crise actuelle dure plus d'un mois avec des rémissions de temps en temps, sans retour à une santé complète. Plusieurs selles liquides par jour; vomissements quotidiens, surtout le matin : elle rend ainsi les aliments qu'elle vient de prendre; elle est beaucoup plus faible; le faciès est un peu altéré, pâle, plombé; les yeux sont excavés, et la voix est affaiblie. De temps à autre, frissons légers, incontinence d'urine. — Dans la seconde quinzaine du mois de décembre, la malade se plaint en outre de douleurs assez vives dans la région dorsale de la colonne vertébrale et de douleurs en ceinture : des douleurs brusques parcourent de temps en temps, surtout pendant la nuit, les membres inférieurs et provoquent des mouvements brusques et involontaires de ces membres : elle y éprouve des fourmillements presque continuels.

Cet état ne s'est pas modifié dans le mois de décembre, si ce n'est que les vomissements sont devenus progressivement de moins en moins fréquents et que la diarrhée a notablement diminué, sous l'influence d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine dans la paroi abdominale. Mais l'incontinence d'urine qui n'existait pas auparavant a persisté. Vers le milieu du mois de décembre, la malade se plaint de ressentir de légers mouvements dans tous ses muscles. On sent, en effet, une sorte de frémissement irrégulier dans les muscles des bras et des avant-bras, en saisissant à pleine main ces segments des membres supérieurs. En appliquant l'oreille sur ces parties, on y entend un bruit rotatoire musculaire très-net. La malade ressent toujours des douleurs rachidiennes, des douleurs en ceinture et des douleurs plus ou moins durables dans les membres inférieurs : il s'en produit aussi dans les membres supérieurs. C'est la nuit que ces douleurs deviennent surtout très-vives; elles sont alors fulgurantes de temps en temps et déterminent de brusques mouvements de flexion des membres, principalement des membres inférieurs. Il y a aussi des douleurs occipitales et cervicales postérieures.

La diarrhée cesse complétement vers le 15 décembre, et à la fin de ce mois la malade ne vomit plus.

Dans le mois de janvier 1878, les douleurs diverses dont il vient d'être question persistent encore, assez intenses. L'état général

s'améliore progressivement. La malade est plus gaie. L'incontinence d'urine a cessé; les règles ont reparu. Le frémissement rotatoire des muscles des membres supérieurs, du thorax et des autres parties du corps persiste, mais notablement affaibli.

Le 2 février, sans qu'il y ait eu le moindre écart de régime, la diarrhée reparaît, séreuse, très-abondante; selles très-fréquentes; coliques. Il y a des vomissements verdâtres plusieurs fois par jour. Douleur très-vive à l'épigastre. La malade ne tarde pas à se refroidir; la langue elle-même est un peu froide; la face est pâle, plombée; les yeux sont excavés et cernés. Pouls petit et assez fréquent; température axillaire : 36°,2. — Injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine dans la paroi abdominale.

L'état cholériforme et les divers symptômes que nous venons d'indiquer persistent jusqu'au 8 février. Ce jour-là, il se produit une amélioration rapide, et le soir tous les accidents ont cessé.

Le 22 février, dans la soirée, douleurs déchirantes dans les membres inférieurs, surtout dans la jambe gauche; douleurs en barre transversale au-dessous de la région lombaire et dans la région ombilicale. Douleur de tête; transpiration très-abondante. — Il y a aussi des douleurs dans les membres supérieurs, principalement dans les mains : il semble à la malade qu'on lui arrache les os.

Pas de diarrhée; injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Cet état de souffrance extrême dure jusque vers la fin du mois. La nuit surtout, les douleurs augmentent d'intensité. A chaque instant se produisent des mouvements involontaires dans les membres, principalement les inférieurs. Les doigts des mains sont agités par une trémulation incessante. Des vomissements se montrent de nouveau, pénibles, fréquents; matières verdâtres. — Céphalalgie très-vive. — Bruit rotatoire très-fort dans tous les muscles.

Le 27 février, on applique des pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

Le 1er mars, la crise cesse tout d'un coup pour ainsi dire, et la malade passe de l'état de souffrance excessive à un état de bien-être complet.

Le 9 mars, les douleurs reparaissent, en même temps que des vomissements. Cette crise ne dura que deux jours. Pendant la dernière crise, pour se soulager, la malade tenait ses jambes fléchies et repliées sous elle, et maintenant il y a un peu de raideur et de difficulté d'étendre ces parties.

Le 22 mars, nouvelle crise : vomissements, diarrhée, coliques et douleurs épigastriques. Bientôt altération des traits; aspect cholérique, refroidissement considérable. Glace, potion de Rivière froide : tout est vomi.

26. Pointes de feu sur la région dorsale. Injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, comme les jours précédents.

27. Toute la nuit, délire. — Lavement de bouillon et de vin.

Cet état persiste le 28. Elle pousse continuellement des cris plaintifs; les paupières ne se referment plus; les cornées se dépolissent. Membres à peu près insensibles. Coma.

Mort le 29 mars dans la matinée.

Autopsie, le 30 mars. — Un peu d'épaississement et d'adhérence des méninges cérébrales au niveau des parties des hémisphères cérébraux les plus rapprochées de la grande scissure antéro-postérieure. Pas de méningite spinale appréciable. On n'a trouvé aucune modification, très-apparente au premier coup d'œil, de l'arrangement, de la configuration et de l'épaisseur de circonvolutions cérébrales; mais c'est là un point qui demande des études plus attentives : elles seront faites prochainement.

La *moelle épinière* n'a pas été encore complétement examinée. On y a constaté un peu de myélite périépendymaire. Les cellules de cornes antérieures sont beaucoup moins nombreuses que dans l'état normal. Plusieurs cellules dans chaque coupe sont en voie de disparition; celles du noyau d'origine du spinal sont évidemment le siége d'un travail d'atrophie. Multiplication des noyaux. Pas de leucocytes au voisinage des vaisseaux. En somme, les lésions récentes dans les coupes que l'on a examinées sont moins marquées qu'on ne s'y attendait; et, d'autre part, on n'a vu aucun point des régions étudiées dans lequel toutes les cellules d'un groupe aient complétement disparu.

On a examiné le nerf *radial* et le nerf *cubital* d'un des membres. Les tubes nerveux contenus dans ces nerfs étaient, les uns remplis de myéline, les autres vides, réduits à la gaîne de Schwann. Ceux-ci étaient beaucoup moins nombreux que les autres. Les tubes munis d'une gaîne de myéline avaient le diamètre normal. On ne voyait que quelques rares, très-rares tubes récemment altérés. Il n'y en avait parfois pas un seul dans une préparation contenant d'innombrables tubes nerveux. Le tissu circumfasciculaire paraissait un peu augmenté.

Mêmes résultats pour l'examen d'un rameau musculaire du *médian*.

Les *muscles épitrochléens* offraient une atrophie disséminée, c'est-à-dire que des faisceaux peu volumineux de fibres saines étaient séparés par du tissu graisseux; l'ensemble de ces muscles avait une teinte blanche rosée.

Les *muscles péroniers latéraux* sont très-altérés, transformés presque complétement en tissu graisseux. Dans certains points de ces muscles, il y a une atrophie graisseuse disséminée; dans d'au-

tres points, où la transformation graisseuse est plus complète, on voit, çà et là, un assez gros faisceau musculaire, bien rouge, s'arrêter brusquement, comme s'il était rompu, et se continuer là avec du tissu fibro-graisseux. Les faisceaux musculaires primitifs conservés sont absolument intacts pour la plupart ; quelques-uns offrent un semis poudreux extrêmement fin, ne disparaissant pas par addition d'acide acétique. Il n'y a pas de multiplication des noyaux dans les faisceaux examinés.

On retrouve à peu près les mêmes caractères dans les muscles *jambier antérieur* et *extenseur commun des orteils*. Quelques-uns des faisceaux conservés ont cependant ici une teinte feuille morte; dans ces faisceaux, les fibres musculaires sont très-poudreuses; la striation transversale y est moins nette et les noyaux musculaires sont multipliés.

On ne trouve aucune altération récente reconnaissable, soit dans les *ganglions du plexus solaire,* soit dans les *nerfs* qui en partent pour se porter vers l'estomac ou vers le mésentère. Les cellules des ganglions sont normales; il y a très-peu de fibres nerveuses à contenu de myéline dans les nerfs.

Le *cordon cervical sympathique* du côté gauche ne contient point de fibres granuleuses : il contient aussi un petit nombre seulement de tubes nerveux à myéline.

La *membrane muqueuse de l'estomac* n'offrait aucune lésion reconnaissable à l'œil nu.

Aucune altération du foie.

Péritoine sain. A. V.

Nous croyons devoir donner, à la suite de cette observation, la relation d'un fait de myélite sub-aiguë diffuse, avec atrophie considérable des muscles, pour bien montrer la différence entre la marche de cette dernière maladie et celle de la paralysie atrophique de l'enfance.

Obs. CXLIX. — *Myélite sub-aiguë. — Atrophie musculaire.*

Le nommé B..., Jacques, 51 ans, concierge.

Entré le 20 juillet 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 10.

Renseignements. — Au mois de janvier, sans cause connue, le malade eut, dit-il, un frisson, suivi d'une fièvre vive ; celle-ci disparut et revint ainsi pendant six se-

maines. Bientôt, il ressentit des douleurs le long de la colonne vertébrale, principalement au niveau des omoplates et des lombes. Ces douleurs se propageaient dans les membres; elles se produisaient tantôt dans un membre, tantôt dans un autre. Quelquefois, étant assis, ces douleurs étaient telles qu'elles empêchaient le malade de se relever. Pendant le repos, ces douleurs disparaissaient.

En même temps, il s'aperçut que ses jambes se fatiguaient plus facilement que d'habitude.

Les choses restèrent en cet état jusqu'au mois d'avril, époque à laquelle les phénomènes précités s'aggravèrent; il y eut de nouveau de la fièvre. Les douleurs se fixèrent définitivement dans la colonne vertébrale. Le malade éprouva un sentiment de constriction autour du corps pendant quinze jours environ. La jambe droite devint tout à fait paralysée : quatre ou cinq jours après, ce fut le tour de l'avant-bras gauche et des autres membres. Il fut obligé alors de garder le lit.

Depuis un mois, les douleurs lombaires ont cessé, ainsi que la fièvre; mais elles se montrent encore aux membres supérieurs qui ont repris, en partie, leurs mouvements; le malade éprouve la sensation d'un bracelet qui lui serre les poignets.

Bientôt un amaigrissement considérable des masses musculaires survint. Le malade dit que ses membres ont diminué de près de moitié. L'appétit est moins bon; les digestions se font bien.

État actuel. — C'est un malade d'aspect cachectique; il porte sur la partie antérieure des jambes de larges cicatrices de cause traumatique (il est tombé plusieurs fois).

Mouvements. — Les jambes sont totalement paralysées. Les pieds restent immobiles. Les cuisses peuvent exécuter des mouvements, mais très-bornés. Les muscles des avant-bras sont très-affaiblis; c'est à peine si le malade serre de

la main droite ; cette main peut encore se mettre dans l'extension, mais la main gauche est totalement paralysée et reste tombante lorsqu'on soulève l'avant-bras de ce côté.

Les deux avant-bras peuvent se mouvoir volontairement; la force musculaire y est considérablement diminuée. Le malade peut encore élever les bras, les porter en arrière, en avant. Ces mouvements paraissent normaux.

Mouvements du cou normaux.

Les urines s'écoulent plus lentement qu'autrefois; urines normales.

La défécation s'opère d'une façon normale.

Sensibilité. — Anesthésie complète sous tous les modes, sur le pied et la jambe gauches. Sur le pied et la jambe du côté droit, en prolongeant le pincement de la peau, on arrive, au bout d'une demi-minute, à produire une impression de faible douleur.

La sensibilité reparaît peu à peu en remontant vers les cuisses. Sur la main droite, le malade sent encore ; mais il faut écarter les branches d'un compas de près de 3 à 4 centimètres pour que le contact des deux pointes soit perçu.

La main gauche est bien moins sensible. Cependant, quand on pince le malade fortement, il sent un peu, si l'on a soin de prolonger le pincement.

Douleurs constrictives au niveau des poignets et au niveau de l'angle de l'omoplate des deux épaules ; parfois, douleurs vives le long de la colonne vertébrale et dans les membres inférieurs.

Examen électrique. — Sur les jambes, le malade ne sent point les courants faradiques de faible durée, quelle que soit leur intensité.

Les muscles ne répondent pas du tout à l'excitation.

Lorsque l'on fait usage du balai électrique et qu'on prolonge suffisamment l'excitation de la peau des jambes et

des pieds à l'aide d'un fort courant, le malade finit par sentir. Sur les avant-bras, les muscles extenseurs et fléchisseurs de la main droite ne répondent plus.

État des masses musculaires. — *Membres inférieurs.* — Les deux jambes sont très-amaigries ; la jambe droite l'est encore davantage que la gauche; c'est à peine s'il y a trace, de ce côté, des muscles de la région jambière antérieure ; les muscles du mollet sont également très-diminués de volume ; les muscles du pied (pédieux) sont atrophiés ; à la plante du pied, il est difficile d'apprécier la diminution de volume. Les muscles des cuisses sont également atrophiés, mais moins que ceux des jambes ; la région antérieure est surtout amaigrie.

Membres supérieurs. — Les muscles des éminences thénar et hypothénar sont très-atrophiés, surtout à droite ; de même, les interosseux. Les muscles des avant-bras (région antérieure et postérieure) sont atrophiés, principalement les muscles extenseurs.

Les muscles du bras sont également atrophiés, entre autres le triceps. Deltoïde intact.

Tronc, face. — Rien de particulier.

Cœur. — Souffle bref à la pointe et au premier temps. Il est un peu rude et se propage vers l'aisselle. Pas d'hypertrophie.

Rien de particulier à signaler dans les autres organes.

Traitement. — M. Vulpian ordonne : iodure de potassium, 50 centigr. Application de pointes de feu tous les 10 jours sur la région vertébrale (12 chaque fois, 6 de chaque côté des apophyses épineuses). — Électrisation quotidienne avec la machine à courants induits. Vin de quinquina. Sirop d'iodure de fer.

Ce traitement est continué jusqu'au 15 août. A cette époque, le malade est évacué dans un autre service. Pas de modification appréciable dans son état.

ARTICLE QUATRIÈME.

Pachyméningite cervicale hypertrophique [1].

Je place l'observation CL, qui a trait à une pachyméningite cervicale hypertrophique, à la suite des affections dans lesquelles l'atrophie musculaire est un des symptômes principaux, précisément parce qu'elle est un remarquable exemple d'atrophie musculaire simple, consécutive à une méningite chronique, la lésion inflammatoire s'étant étendue des méninges à la moelle, jusqu'aux cellules motrices des cornes antérieures.

Les premiers cas de pachyméningite cervicale hypertrophique ont été publiés par Abercrombie, par MM. Gull, Köhler. On doit à M. le Dr Joffroy une monographie intéressante de cette affection, décrite également par M. Charcot dans ses leçons. M. Vulpian en a indiqué les principaux traits dans son cours de cette année. Il a rapporté, à ce propos, tout au long, le cas de notre malade.

Ainsi que ces observations l'ont montré, on sait que dans cette affection il y a généralement une période douloureuse plus ou moins longue. Des douleurs plus ou moins vives, ayant pour siége la région cervicale, la partie postérieure de la tête, les bras, le dos, etc., se montrent d'abord. Ces douleurs offrent des exacerbations aiguës, irrégulières, névralgiformes. Elles peuvent être fulgurantes, lancinantes, contusives. On observe par moments de l'hyperesthésie cutanée; plus tard, dans les bras, dans

1. Cette observation, ainsi que plusieurs autres de ce chapitre, sont publiées dans l'ouvrage de M. Vulpian (*Maladies du système nerveux*, Leçons professées à la Faculté de médecine de Paris, en 1877, par M. Vulpian, recueillies et publiées par M. le Dr Bourceret).

Quelques-unes de ces observations, suivies pendant plusieurs années, ont été recueillies, en partie, par MM. Chouppe, Troisier, Bourceret, mes prédécesseurs dans le service.

les muscles du cou, surviennent des contractures; enfin une paraplégie cervicale se produit.

Cette paraplégie peut être accompagnée de contractures, d'hyperesthésie, de troubles vaso-moteurs plus ou moins accentués, d'atrophie musculaire, etc. Les contractures sont disposées généralement de telle façon que les mains prennent une attitude spéciale : elles sont dans l'extension forcée. M. Charcot a spécifié ce type en comparant cette position des mains, chez ces malades, à celle des prédicateurs au moment des périodes éloquentes, ou tout au moins au moment des passages qui exigent de la véhémence. M. Joffroy, dans sa thèse, a donné une figure représentant l'attitude habituelle des mains dans cette maladie. (Thèse de Paris, 1873, p. 66.)

L'atrophie musculaire peut progresser ; souvent, elle est considérable. Les membres inférieurs se paralysent à leur tour, mais généralement beaucoup plus tard que les membres supérieurs ; il y a alors paraplégie brachio-crurale. La paraplégie des membres inférieurs, d'ailleurs, présente souvent le même appareil symptomatique que la paraplégie des membres supérieurs. Il faut ajouter pourtant que d'habitude les symptômes sont moins accentués.

Tous ces phénomènes sont sous la dépendance de la compression lente de la moelle épinière. D'autres symptômes très-importants, et spéciaux à la lésion de la moelle cervicale, se produisent quelquefois. Ce sont des vomissements, de la toux, de la dyspnée, du hoquet, du ralentissement de la respiration, des battements du cœur, des lipothymies, des syncopes, des accès épileptiformes, des modifications de la pupille, tantôt resserrée, tantôt dilatée, des troubles dans la circulation de la face, dans la température de la peau, etc.

Le voisinage de l'origine des nerfs pneumo-gastriques, des nerfs intercostaux, du phrénique, des nerfs accéléra-

teurs du cœur, la présence du centre cilio-spinal ; « l'interruption plus ou moins complète des relations de tous les nerfs vaso-moteurs avec le centre des actions vaso-motrices, d'ensemble, centre situé dans la partie supérieure du bulbe rachidien (Vulpian, *Leçons sur les vaso-moteurs*), » rendent parfaitement compte des symptômes possibles dans les cas de compression lente de la moelle épinière cervicale.

C'est qu'en effet, lorsqu'il existe une pachyméningite cervicale hypertrophique, on trouve toujours la moelle épinière déformée. Plus ou moins réduite de volume, elle est aplatie d'avant en arrière. Par contre, ses enveloppes, dure-mère, arachnoïde, pie-mère, forment autour d'elle une sorte de manchon fusiforme, plus ou moins étendu en longueur, à parois très-épaisses, adhérant en avant au ligament vertébral postérieur, et comprimant plus ou moins fortement la moelle. Ce tissu épaissi, fibroïde, non-seulement comprime la moelle, mais l'inflammation lente qui l'a produit, peut se propager à la substance nerveuse, en suivant le trajet des cloisons qui séparent les faisceaux de tubes jusqu'à la substance grise. C'est dans ces cas que, sur une coupe transversale, on ne reconnaît souvent plus la substance grise centrale de la substance blanche des faisceaux médullaires, et enveloppes épaissies et moelle épinière semblent former un seul tout. Les cellules motrices des cornes antérieures sont aussi quelquefois atteintes par l'inflammation, d'où l'atrophie musculaire.

L'anatomie pathologique rend donc bien compte des symptômes observés. Un seul point, comme le fait remarquer M. Vulpian, est difficile à comprendre. La compression lente de la moelle cervicale produit d'abord de la paraplégie brachiale, puis plus tard de la paraplégie crurale, lorsque la compression médullaire est plus complète. On s'est demandé pourquoi les membres inférieurs ne sont

pas paralysés en même temps que les membres supérieurs. Bien entendu, je ne fais allusion ici qu'aux cas où la paralysie tient à une lésion médullaire, directe ou indirecte. On a proposé plusieurs hypothèses pour expliquer ce fait; M. Vulpian, après les avoir passées en revue, admet « que cette paraplégie spéciale tient à ce que les lésions qui n'interrompent pas en entier toute possibilité de transmission aux régions de la moelle, situées au-dessous du siége de ces lésions, agissent d'une façon plus énergique sur les nerfs dont l'origine est le plus rapprochée du siége de la lésion que sur ceux dont l'origine est plus éloignée. »

L'observation CL est un remarquable exemple de pachyméningite cervicale hypertrophique. Il s'éloigne, à quelques égards, du type classique décrit par MM. Charcot et Joffroy.

Le malade, âgé de 22 ans, eut d'abord, en 1873, des douleurs vers la partie moyenne de la colonne vertébrale. Elles durèrent cinq mois; à la fin de juin 1874, il remarqua que les doigts des mains se fléchissaient involontairement, et il ne pouvait les étendre. Progressivement, les doigts furent pris les uns après les autres, excepté le pouce. Quelques mois après, le malade eut un peu de lourdeur dans les jambes; il se fatiguait vite.

Le 24 septembre 1874, les *membres supérieurs* présentaient les symptômes suivants : la première phalange des mains est fléchie à angle droit sur le métacarpe; les deux dernières phalanges sont fléchies à angle droit sur la première; le pouce ne présente pas d'attitude anormale, cependant son extension est difficile. On remarquera combien ce type de la main est différent de celui indiqué par MM. Charcot et Joffroy. L'attitude de la main est due à la contracture des muscles; on peut vaincre celle-ci en exerçant une forte pression sur l'extrémité des doigts; mais, sitôt que l'on cesse l'extension forcée, les doigts reviennent à leur attitude première.

Atrophie très-prononcée des muscles de l'éminence hypothénar et des interosseux; atrophie de l'adducteur du pouce; les extenseurs et les fléchisseurs de la main ont un volume assez faible, comparativement au groupe des radiaux et au long supinateur; les muscles de l'épaule paraissent un peu amaigris.

La déformation et les lésions des mains, des avant-bras existent avec une remarquable symétrie à gauche et à droite.

La sensibilité est conservée; avec les courants induits de la machine Trouvé, on obtient des contractions très-marquées de tous les muscles du bras et de l'avant-bras.

Les *membres inférieurs* sont un peu faibles, surtout le droit; cependant le malade se tient bien debout en élargissant sa base de sustentation. La puissance d'action des muscles de la jambe est encore considérable.

La maladie progresse; des secousses souvent violentes agitent les masses musculaires des bras, des jambes. Le 1er janvier 1875, on constate que le malade marche beaucoup moins bien. Le 6 février, engourdissement des membres inférieurs; le malade les perd dans son lit; le 28 avril, les jambes se fléchissent quelquefois involontairement, et le malade tombe. L'année suivante, à peu près à la même époque, le malade peut à peine marcher; il traîne les jambes, surtout la droite; il ne peut que juste la détacher du sol. Aujourd'hui, 1er août 1877, les membres inférieurs sont contracturés assez fortement; la jambe est à demi fléchie sur la cuisse; on provoque très-facilement le phénomène de la trépidation réflexe des membres inférieurs. Ce malade peut encore rester debout, mais il lui est impossible de détacher le pied du sol; pour marcher, il s'assied sur une chaise et la glisse sur le pavé de la salle, en s'aidant à la fois de ses mains et de ses pieds.

Ces symptômes ont été, dès le début et pendant toute

leur évolution, accompagnés de douleurs vives dans le dos, dans le thorax, en arrière de la tête, etc. Des troubles vaso-moteurs très-marqués, surtout aux membres supérieurs, ont fréquemment existé. Ils consistaient en rougeurs plus ou moins vives, plus ou moins étendues, de la peau des bras ; à certains moments, ils étaient tels que l'on se serait cru en présence d'une éruption artificielle ; d'autres fois, c'étaient de véritables plaques d'urticaire ; le moindre grattage en produisait très-facilement. De temps en temps, vers le soir, se produisait une poussée congestive vers le côté gauche de la face, qui devenait très-rouge et très-chaud : la pupille de ce côté était, au même moment, notablement dilatée. Ces irritations comme spasmodiques du sympathique cervical et des vaso-dilatateurs de la joue gauche, duraient une, deux ou trois heures. Elles se manifestaient chaque soir, pendant une certaine période de la maladie, en 1876.

La sensibilité a été intacte, ou à peu près, pendant les premières années du séjour du malade dans le service de M. Vulpian, sauf au niveau des cuisses. Même en 1877, au moment où j'ai cessé de l'observer, la sensibilité était bien peu atteinte : cependant, il y avait un retard évident dans la perception. Une autre particularité intéressante à faire ressortir est la suivante : à un moment donné de l'évolution des symptômes, le malade pouvait encore marcher ; on remarqua qu'il écartait les jambes, qu'il fauchait légèrement ; il frappait violemment le parquet avec ses talons ; quand on lui fermait les yeux, la marche était un peu hésitante ; comme je l'ai signalé plus haut, il perdit plusieurs fois ses jambes dans son lit ; peut-être, sous l'influence de la propagation de la lésion inflammatoire à la moelle, s'est-il produit un peu de sclérose descendante le long des faisceaux postérieurs.

Certains détails de l'observation, parmi ceux qui ont été

recueillis lors de la première entrée du malade à la Pitié, pourraient faire naître l'idée qu'il s'est agi dans ce cas, au début, d'un mal vertébral de Pott. Mais la marche de la maladie et l'étude répétée pendant longtemps de tous les phénomènes qui la caractérisaient, ont éloigné de plus en plus de ce diagnostic. On n'a pas pu se convaincre qu'il y eût une tuméfaction dans la région du psoas droit, comme on l'avait cru lors des premiers examens, et le diagnostic *pachyméningite spinale* n'a pas tardé à être posé d'une façon nette.

OBSERVATION

Obs. CL. — *Pachyméningite cervicale hypertrophique. — Atrophie musculaire consécutive. — Contracture des mains avec flexion des doigts. — Paralysie débutant par les bras et gagnant ensuite les membres inférieurs. — Troubles vaso-moteurs.*

Le nommé C..., Louis, âgé de 22 ans, doreur en métaux.

Entré à l'hôpital de la Pitié le 23 septembre 1874, salle Saint-Raphaël, lit n° 26.

Renseignements. — Dans sa jeunesse (14 à 15 ans), le malade a eu des manifestations strumeuses du côté des ganglions sous-maxillaires. Pas d'antécédents personnels. Rien du côté des poumons. Il ne paraît pas y avoir de maladies du système nerveux dans la famille.

L'an dernier, au mois de septembre, le malade ressentit pour la première fois des douleurs dans la colonne vertébrale, à peu près au niveau de la partie moyenne de la colonne dorsale. Les douleurs apparaissaient particulière-

ment après une station debout prolongée, ou après la marche. A cette époque, il n'a pas observé d'irradiations douloureuses, soit dans les membres inférieurs, soit sur les parties latérales du thorax. Au bout de cinq mois, sans avoir présenté d'exacerbation notable, ces douleurs disparurent peu à peu.

Il y a trois mois, le malade remarqua que les doigts de ses mains se fléchissaient sur la paume, et par la volonté il était impuissant à les étendre. Progressivement, les doigts furent pris ainsi les uns après les autres, sauf les pouces, et le malade perdit complétement l'usage de ses mains. Ces symptômes n'ont jamais été précédés, accompagnés ou suivis de douleurs dans les mains, les bras ou avant-bras.

Bientôt le malade s'aperçut d'un certain degré de lourdeur dans les jambes. Il était fatigué à la moindre marche. Néanmoins la station debout se faisait comme par le passé (c'était plutôt un affaiblissement musculaire très-marqué). En même temps, il ressentit des douleurs dans les deux genoux et dans la région inguinale droite.

État actuel. — Facies. — Rien de particulier. Le système pileux est peu développé.

Le tronc a passablement diminué de hauteur. La partie inférieure du sternum et des côtes forme, en avant, une saillie assez prononcée. En arrière, au niveau de la huitième dorsale à peu près, la colonne vertébrale offre une cyphose assez prononcée jusqu'aux premières lombaires.

La proéminence des apophyses épineuses varie suivant les points qu'on observe ; à partir de la quatrième dorsale, il y a un certain degré de lordose jusqu'au niveau de la huitième. A ce niveau, les apophyses épineuses reparaissent. C'est celle de la dernière vertèbre dorsale qui est la plus facile à sentir. Mais, sur toute l'étendue de la colonne vertébrale, il n'y a pas de véritables angles saillants.

La colonne vertébrale décrit une légère courbe, à conca-

vité droite, au niveau de la région cervicale. Quant aux mouvements, on ne perçoit guère l'écartement des apophyses épineuses pendant la flexion. Le malade dit qu'il sent, dans la région dorsale, des craquements, lorsqu'il se courbe. Cette position lui est pénible, car, outre la douleur dorsale, elle détermine une douleur très-vive au niveau de l'aine droite.

Membres supérieurs. — Amaigrissement assez prononcé. Les extenseurs et les fléchisseurs de la main ont un volume assez faible comparativement au groupe des radiaux et au long supinateur. Contractions fibrillaires dans les muscles du thorax. La main est dans l'attitude suivante : la première phalange est fléchie à angle droit sur le métacarpe, les deux dernières phalanges fléchies à angle droit sur la première. Cette flexion est produite par une contracture véritable que l'on peut vaincre en exerçant une forte pression sur l'extrémité des doigts. Mais, sitôt que l'on cesse l'extension forcée, les doigts reviennent à leur attitude précédente.

Les mouvements du poignet sont conservés.

L'extension droite est possible, ainsi que quelques légers mouvements de latéralité. L'extension des doigts est impossible, et la flexion se fait encore avec une légère force.

Si l'on recherche l'action des interosseux en soutenant la première phalange, on voit que les mouvements d'adduction et d'abduction des doigts sont impossibles.

Le pouce ne présente pas d'attitude anormale. Cependant son extension est difficile. Le mouvement d'adduction peut se faire, seulement il paraît se faire avec moins de force que normalement.

Quant aux muscles de la main, ils offrent un certain degré d'atrophie. Celle-ci est très-prononcée surtout pour ceux de l'éminence hypothénar et les interosseux. A l'émi-

nence thénar, l'atrophie porte surtout sur l'adducteur du pouce. Les muscles de l'épaule présentent un peu d'amaigrissement, mais pas d'atrophie véritable.

Les déformations et les lésions signalées dans les mains et les avant-bras existent, avec une remarquable symétrie, aussi bien du côté gauche que du droit.

Membres supérieurs. — La sensibilité est conservée dans tous ses modes. Il n'existe pas de douleurs spontanées le long du rachis ou sur le trajet des intercostaux, ou dans les membres supérieurs.

Membres inférieurs. — Le malade se tient assez facilement debout, seulement il élargit considérablement sa base de sustentation. Il marche assez bien, les jambes un peu écartées. Il y a un certain degré de faiblesse dans les membres inférieurs, plus marquée du côté droit à cause de la douleur. Examinée au lit, la force des muscles de la jambe est encore considérable.

La sensibilité est conservée presque partout, sauf au niveau de la partie supérieure et interne de la cuisse droite, où les impressions tactiles ne sont point perçues. Il y a, dans la cuisse gauche, erreur de localisation. Le contact de la cuisse est rapporté au genou. Dans le point anesthésié, le malade ressent une douleur spontanée. La sensibilité à la douleur existe; les piqûres des membres, même légères, s'accompagnent de trémulations réflexes, très-marquées dans les muscles de la jambe et de la cuisse. La sensibilité à la température est conservée.

Cavité thoracique. — Rien à noter.

Cavité abdominale. — On sent dans la fosse iliaque droite, qui est très-douloureuse, spontanément et à la pression, une petite tumeur dure, rénitente, donnant la sensation d'un ganglion engorgé; on constate, en outre, une tuméfaction profonde, allongée, suivant la direction des fibres du psoas.

Organes génito-urinaires. — Rien à noter du côté des sphincters vésicaux ni rectaux.

Encéphale. — Rien de particulier du côté des nerfs crâniens.

Traitement. — On donne au malade : iodure de potassium, 1 gr. ; vin de quinquina ; badigeonnages de teinture d'iode sur la région cervicale et la partie supérieure de la région dorsale de la colonne vertébrale.

10 *octobre.* — Tuméfaction profonde de la fosse iliaque droite. Légères douleurs. On applique des cataplasmes.

14 *octobre.* — On ne trouve plus de tuméfaction dans la fosse iliaque droite. La pression n'est plus douloureuse. On supprime les cataplasmes. Le malade trouve que ses jambes vont un peu mieux.

22 *octobre.* — On sent de nouveau un certain empâtement profond de la fosse iliaque droite. Cataplasmes.

24 *octobre.* — *Examen de la contractilité musculaire.* — Avec les courants induits de la machine Trouvé, on obtient une contraction très-marquée de tous les muscles du bras et de l'avant-bras ; la contracture des doigts empêche d'examiner les interosseux ; cependant il semble plutôt qu'ils n'obéissent pas à l'électricité. Avec les courants continus, on obtient, lors de la fermeture du courant, la contraction des muscles examinés ; seulement, il faut employer la machine à son maximum : 60 éléments.

Un examen attentif de la fosse iliaque droite ne fait constater aucune tuméfaction profonde. D'ailleurs, le malade peut remuer son membre inférieur droit, fléchir la cuisse sur le bassin sans gêne véritable et sans douleur.

16 *décembre.* — La diminution de volume des masses musculaires des avant-bras paraît avoir un peu progressé.

L'attitude vicieuse de la main est toujours la même. Si l'on étend un peu fortement les doigts sur le métacarpe et si on les laisse retomber, on perçoit de légères secousses

musculaires, dont sont animés les muscles extenseurs des doigts.

Abaissement assez marqué de la température des deux mains, qui sont un peu bleuâtres.

1er *janvier* 1875. — Depuis un mois et demi, les jambes se sont prises un peu : il y a un certain degré de paresse et de raideur tout à la fois. Le malade marche moins bien.

16 *janvier*. — Il y a toujours des secousses dans les masses musculaires du bras.

17 *janvier*. — Les articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite sont un peu gonflées. Léger œdème du dos de la main.

24 *janvier*. — Le gonflement et la douleur ont disparu.

6 *février*. — Les bras sont le siége de crampes assez fréquentes. Les doigts se fléchissent de plus en plus.

Les membres inférieurs sont pris, la nuit, d'un engourdissement tel que le malade les perd dans son lit.

Ce sont surtout les jambes qui offrent cet engourdissement.

Elles sont raides et dans l'extension.

12 *février*. — L'engourdissement des jambes a beaucoup diminué et ne persiste plus que dans les deux mollets.

24 *mars*. — En se mouchant fortement, le malade a éprouvé un fort engourdissement dans le bras et la main du côté gauche, ainsi que de la douleur dans le cou et au voisinage de la protubérance occipitale externe du même côté.

28 *avril*. — Pendant la marche, les jambes fléchissent quelquefois involontairement, et le malade tombe.

24 *juillet*. — Sur les doigts de chaque main, on observe des troubles trophiques, consistant en raies blanchâtres un peu surélevées; elles ressemblent à des cicatrices de coupure. Le malade assure que ce ne sont pas des cicatrices véritables et que ces modifications de la peau se sont produites sans avoir été précédées de la moindre plaie.

6 *août*. — Depuis quelques jours, surtout la nuit, le malade éprouve de fréquents soubresauts, surtout à l'épaule gauche. Dans le biceps, on peut facilement les voir.

22 *janvier* 1876. — Le malade n'a pas ressenti, depuis longtemps, des douleurs dans le dos; pour le moment, il ne se plaint que de douleurs siégeant dans les deux aines et au niveau des deux genoux.

Les membres supérieurs sont excessivement amaigris; les deux mains sont complétement fermées ; le bras gauche est légèrement dans la flexion : le malade ne peut pas l'étendre. Le biceps est dans un état de contraction permanente.

La sensibilité est intacte sur toute l'étendue des membres supérieurs. Quant à la contractilité musculaire, examinée avec des courants induits, elle est généralement conservée; on remarque qu'elle paraît plus vive dans le groupe des muscles supinateurs, et généralement elle l'est plus dans le bras droit que dans le bras gauche.

Les membres inférieurs ne sont pas beaucoup amaigris; le malade peut marcher ; mais, lorsqu'il marche, il écarte les jambes, fauche légèrement et frappe violemment le parquet avec ses talons. Lorsqu'on lui ferme les yeux, il marche d'une manière moins assurée.

La sensibilité est intacte; en outre, le malade indique d'une manière assez précise les points touchés.

Quant à la contractilité musculaire, elle est entière dans les membres inférieurs. Le malade se plaint cependant d'avoir quelquefois la sensation qu'il perd ses jambes dans son lit.

Il sent bien le parquet, quand il marche.

29 *janvier*. — Depuis un ou deux jours, le malade remarque, sur la face dorsale de la main gauche, de l'œdème.

25 *février*. — Passage à l'hôpital la Charité.

Pilules d'extrait thébaïque. KB^r, 3 grammes.

1er *mars.* — M. Vulpian examine la contractilité ; même état que dans la note du 22 janvier.

On électrise le malade avec des courants induits. Sirop d'iodure de fer, vin de quinquina; de temps à autre, badigeonnages de teinture d'iode sur la partie inférieure de la région cervicale et sur la partie supérieure de la région thoracique de la colonne vertébrale.

12 *mars.* — Le malade se plaint d'une douleur le long de la partie postérieure du thorax, en arrière et du côté droit, descendant jusqu'auprès de la fosse iliaque. Cette douleur se fait sentir surtout lorsque le malade est assis. Lorsqu'il est couché, il ne la sent que quand il porte fortement la tête en arrière.

Injections sous-cutanées de morphine vers la partie inférieure droite de la gouttière vertébrale droite.

14 *mars.* — Les douleurs au niveau de la colonne vertébrale persistent toujours. Il semble au malade que, lorsqu'il exécute des mouvements, il sent une crépitation osseuse au niveau de la sixième dorsale environ.

15 *mars.* — La douleur est moins vive. Elle a presque disparu.

On constate l'existence de petites taches blanches, linéaires en général ou fusiformes, sur la peau des deux membres jusqu'à la partie moyenne des bras : il y en a même deux ou trois sur le muscle deltoïde du côté gauche.

7 *avril.* — Ni sucre ni albumine dans les urines.

12 *avril.* — Depuis quelques jours, le malade est pris, tous les soirs, vers neuf heures, de contractions fibrillaires, et d'un tremblement dans la moitié gauche du tronc; les bras et les jambes restent intacts. A ce moment, le malade n'a pas la sensation de froid ; pas de sueurs ; pas de vomissements.

30 *avril.* — Depuis deux mois, il s'est fait une certaine modification dans la marche du malade; il traîne davan-

tage les jambes, surtout la jambe droite; c'est à peine s'il peut la soulever du sol. La jambe gauche est un peu plus libre, mais le malade ne la soulève pas beaucoup au-dessus du sol; en outre, il ne frappe plus le sol avec le talon.

2 *mai.* — Le malade ressent des faiblesses dans les jambes depuis quelque temps; KI, 1 gramme; il tousse depuis deux ou trois jours.

Vin de quinquina. Sirop de tolu.

8 *mai.* — *Examen de la sensibilité aux membres inférieurs.* — La sensibilité tactile est généralement conservée sur les deux membres; sur la région externe de la jambe, elle diminue, ainsi que sur la face dorsale du pied du même côté. La notion de la localisation n'est pas très-exacte; ainsi le malade rapporte, à la partie supérieure de la cuisse, les piqûres faites à la partie inférieure de la cuisse.

La sensibilité à la douleur et à la chaleur paraît intacte.

Le malade se plaint de perdre quelquefois ses jambes dans son lit; lorsqu'il a les jambes croisées sous la couverture, au bout d'un certain temps il ne se le rappelle plus.

23 *juillet.* — Le malade souffre de douleurs lombaires; en outre, il ressent de l'engourdissement dans le membre inférieur gauche.

Léger degré de contracture des muscles des cuisses et des jambes.

5 *août.* — Le malade a eu, quelques jours après s'être fait raser, une éruption de nature eczémateuse sur le menton; en ce moment, elle est à la période inflammatoire.

9 *août.* — L'éruption eczémateuse se dissipe. Le malade ne ressent plus de démangeaisons.

22 *novembre.* — Depuis quelque temps, il éprouve une douleur excessivement vive au bout de la verge et est obligé d'uriner immédiatement, sans pouvoir se retenir.

15 *janvier* 1877. — Contractures des faisceaux musculaires

du deltoïde et du grand pectoral. Elles cessent le 19 janvier.

23 *janvier.* — Le malade ressent, depuis la veille, une douleur assez vive dans le côté gauche, au niveau de l'aisselle. Il affirme ne pas s'être exposé au froid. A l'auscultation, on entend un léger frottement, très-net, perceptible surtout à l'inspiration. Il y a là évidemment un peu de pleurésie sèche. M. Vulpian se demande si, en l'absence de refroidissement bien net, on ne peut pas regarder cette pleurésie comme un résultat d'irritation spinale. Application de ventouses à ce niveau.

24 *janvier.* — Plus de frottement. Les contractures fibrillaires reprennent dans le pectoral gauche.

30 *janvier.* — Accès fréquents et violents de contracture spasmodique dans le muscle pectoral gauche.

5 *février.* — Les contractures, quoique diminuées, persistent encore.

15 *avril.* — Par moments, contractions fibrillaires dans les pectoraux et le deltoïde.

1er *mai.* — L'état du malade est toujours le même. De temps à autre, des contractions fibrillaires, assez violentes, se produisent dans les muscles de la jambe droite. Celles qui, auparavant, siégeaient dans les pectoraux et le deltoïde, sont un peu apaisées.

15 *mai.* — Depuis quelques jours, à la visite du soir, on remarque sur les mains, les avant-bras, principalement à gauche, des plaques de rougeurs diffuses, d'ailleurs non douloureuses. Quelques-unes de ces plaques se montrent également sur la pommette de la joue gauche. La teinte rouge persiste quelquefois plus de deux heures. Pendant toute la durée de l'existence des plaques, la température de la peau, dans les régions envahies, est un peu augmentée. On a constaté aussi, pendant que dure cette sorte de crise, un peu de dilatation de la pupille droite.

1er *juin.* — Même état. Lorsque l'on trace une raie sur

la peau des mains ou des avant-bras, avec l'extrémité d'une allumette, ou bien lorsque l'on pince le malade, même très-légèrement, on voit apparaître très-rapidement, surtout à droite, une rougeur très-marquée, avec tuméfaction du derme. On dirait de petites plaques d'urticaire.

1er *juillet.* — Le malade est électrisé régulièrement. On a pratiqué, de temps à autre, des cautérisations le long de la colonne vertébrale.

10 *août.* — Le malade est évacué sur un autre service.

ARTICLE CINQUIÈME.

Ataxie locomotrice progressive.

Il y a une vingtaine d'années, Duchenne, de Boulogne, reprenant les observations éparses dans la science, et les appuyant de celles qu'il avait sous les yeux, créa l'ataxie locomotrice progressive. La description n'était pas absolument parfaite, absolument entière; bien des phénomènes cliniques avaient été omis, et l'anatomie pathologique faisait défaut dans le travail de Duchenne. L'œuvre des observateurs modernes a consisté principalement d'abord à reconnaître et à bien décrire les lésions de l'ataxie locomotrice progressive, puis à rattacher à la maladie une foule de symptômes qui, jusqu'alors, avaient paru sans lien avec elle. L'histologie a suivi de près les progrès cliniques, et les lésions, aujourd'hui bien connues dans leurs moindres détails, ont fourni un point de départ scientifique aux efforts des auteurs qui ont cherché à établir la physiologie pathologique de cette maladie.

MM. Charcot et Vulpian, en France, et leurs élèves, ont apporté à l'histoire du *tabes dorsalis* un contingent notable de documents cliniques et anatomo-pathologiques. M. Charcot, dans ses admirables leçons, s'est particulièrement atta-

ché à reconnaître l'ataxie locomotrice progressive dans ses formes irrégulières, anormales, alors surtout que certains phénomènes de l'affection, venant à prédominer, peuvent donner le change et conduire à des erreurs graves de diagnostic. Il importe d'accumuler les observations de ces formes anormales, afin de mieux mettre en relief leurs caractères cliniques. A ce point de vue, les cinq observations contenues dans ce chapitre ont une réelle valeur. M. Vulpian, à propos de chacune d'elles, a longuement appelé l'attention des élèves sur les points principaux de leur histoire.

— L'observation CLI est celle d'un malade âgé de 47 ans, atteint d'ataxie locomotrice progressive du seul membre inférieur qui lui restait; il avait été amputé de l'autre membre devant Sébastopol, en 1855.

En 1873, il remarqua que sa jambe gauche faiblissait; le pied, en marchant, était déjeté en dedans. Il porta, à partir de cette époque, une chaussure plus large, afin d'élargir sa base de sustentation. Des sueurs habituelles, qui parfois couvraient ce membre, disparurent; bientôt il éprouva une sensation de froid continuel; la sensibilité cutanée diminua; le contact des objets était moins nettement perçu; il paraissait se faire comme s'il y avait eu une étoffe interposée entre l'objet touché et la peau.

En 1874, le malade eut des douleurs fulgurantes; elles devinrent bientôt très-fréquentes dans le membre inférieur gauche.

Au commencement du mois de juillet 1877, on constate que le membre inférieur gauche est un peu amaigri dans son ensemble. Le malade marche en élevant fortement le pied; il frappe le sol du talon. Si on lui ferme les yeux, il marche en hésitant et en projetant sa jambe en dehors; il ne peut faire que quelques pas; il tomberait si on le pressait de marcher un peu vite; la force musculaire, dans ce

membre, semble d'ailleurs conservée. La sensibilité est considérablement affaiblie; il sent à peine le courant électrique porté à son maximum lorsqu'on se sert, comme excitateur, d'un pinceau métallique; il y a un retard de plus d'une seconde de la sensation, quand on le pince; la contractilité électrique est intacte; douleurs fulgurantes vives. Les membres supérieurs n'offrent rien de particulier, non plus que le moignon de la jambe droite et la cuisse du même côté. Pas de douleurs, ni d'anesthésie dans ces parties. Pas de troubles de la vue, ni de l'ouïe; miction et défécation normales.

Voilà donc un cas singulier de *tabes*, limité au membre inférieur restant. M. Vulpian a examiné plusieurs fois la question de savoir si l'on ne pourrait pas attribuer à l'amputation de la jambe droite, subie antérieurement par le malade, la lésion du faisceau postérieur gauche de la moelle. Sans doute, s'il en était ainsi, comme je l'ai indiqué à propos des atrophies musculaires, dites réflexes, la propagation se serait faite par l'intermédiaire des nerfs coupés lors de l'amputation. Il y a là toutefois, dans cette hypothèse, une difficulté sur laquelle M. Vulpian appelait notre attention. C'est que les phénomènes de l'ataxie étaient ou paraissaient limités au membre inférieur gauche et que l'amputation avait porté sur le membre inférieur droit. Aussi la supposition dont il s'agit ne peut-elle être admise que sous toutes réserves. En tout cas, le fait d'une ataxie locomotrice, limitée à un membre, dans les conditions où elle existait chez ce malade, est un fait intéressant, que l'affection médullaire ait été primitive ou secondaire.

— L'observation CLII est un exemple d'une erreur grave de diagnostic, commise à propos d'un cas d'ataxie locomotrice anormale, par un médecin très-instruit qui soigna longtemps la malade; il avait porté le diagnostic *ulcère*

simple de l'estomac. Et, impuissant à calmer les douleurs et les vomissements, il laissa à la patiente la possibilité de se faire à volonté des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine ; elle en injectait, au moment de son entrée à l'hôpital, jusqu'à 20 centigr. par jour.

En lisant l'observation de cette malade, on s'étonnera sans doute qu'une pareille erreur de diagnostic ait pu être faite. Mais il faut bien dire que tous les phénomènes caractéristiques de l'ataxie, sur lesquels nous insistons, étaient ceux qui préoccupaient le moins la malade. Elle ne parlait, d'elle-même, que de ses crises de gastralgie. Tous les autres symptômes disparaissaient sous la violence de ceux-ci. C'est seulement après avoir eu l'idée de la possibilité d'un *tabes dorsalis* à forme insolite, que M. Vulpian a pu, par un examen méthodique, retrouver dans les antécédents de la malade et dans son état actuel tous les traits principaux de cette affection.

La malade, âgée de 32 ans, commença à souffrir à l'âge de 29 ans. Sans indisposition aucune les jours précédents, elle fut prise de vomissements répétés ; ces vomissements durèrent trois jours presque sans interruption ; puis ils se calmèrent, reprirent de nouveau ; il en fut ainsi pendant trois mois. En même temps que ces vomissements, elle éprouvait des douleurs vives au creux épigastrique, dans les jambes ; la malade compare ces douleurs à celles qu'occasionneraient des couteaux enfoncés dans les chairs.

Il survint une rémission complète de trois mois ; puis la même série de phénomènes se déroula. La malade eut ensuite de nouvelles rémissions, mais de plus en plus courtes. Il survint bientôt de la diplopie, de la chute des paupières, du strabisme ; ces phénomènes ont été passagers.

A son entrée à l'hôpital (27 février), on trouve une malade faible, amaigrie ; elle porte sur le corps la trace d'innombrables injections sous-cutanées de morphine.

La marche manque de hardiesse, mais il n'y a pas d'ataxie de mouvements, les yeux ouverts ou fermés. Plaques d'anesthésie irrégulières sur les membres inférieurs et le tronc. La force musculaire est parfaitement conservée. Vomissements incessants, que rien ne peut calmer; douleurs épigastriques atroces; la malade se tord dans son lit; son facies est profondément altéré et porte la marque de la plus vive souffrance; gémissements continuels; très-peu de rémission des douleurs.

M. Vulpian, prenant en considération les phénomènes actuels et leur marche dans le passé, porte le diagnostic : gastralgie violente, comme symptôme principal d'un *tabes dorsalis*.

Les jours suivants, les phénomènes continuèrent; de la diarrhée cholériforme survint, et la malade mourut dans le coma, le 27 mars.

A l'autopsie, on constata, par la teinte grise des faisceaux postérieurs, leur état de sclérose. Celle-ci était surtout prononcée au niveau de la partie inférieure de la région dorsale. L'examen de la moelle épinière, fait après macération suffisamment prolongée dans une faible solution aqueuse d'acide chromique, a confirmé ce qu'on avait déjà vu à l'état frais. La sclérose des faisceaux postérieurs était incontestable, bien que n'occupant qu'une faible partie de la largeur de ces faisceaux. Elle était très-peu accusée dans la partie supérieure de la région dorsale de la moelle épinière et à peu près nulle dans la région cervicale. Il y avait en outre de la méningite spinale postérieure.

Dans une autre autopsie rapportée plus loin, nous avons également noté cette méningite spinale postérieure, signalée depuis bien longtemps dans ses cours par M. Vulpian comme lésion habituelle du début de l'ataxie.

— L'observation CLIII est un cas d'ataxie locomotrice, irrégulier dans son expression symptomatique, en ce sens

que l'ataxie du mouvement était très-peu marquée, pour ainsi dire nulle, tandis que les phénomènes oculaires ont été prédominants.

La malade, âgée de 51 ans, a ressenti, il y a un an, des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, puis des fourmillements, des picotements ; les douleurs sont moins accusées aux membres supérieurs. Faiblesse des jambes ; cependant la force musculaire est conservée, la sensibilité intacte ; la malade marche en hésitant, sans projeter ses pieds en dehors ; elle est d'ailleurs aveugle ; pas d'ataxie de mouvements notable. La vue baisse depuis assez longtemps. Le jour de son entrée à l'hôpital, elle voit les objets comme à travers un nuage épais ; elle ne distingue pas ceux qui sont un peu petits.

Chez cette malade, il existait une dilatation énorme de la crosse de l'aorte, avec un double souffle à la base du cœur. L'autopsie a montré qu'il s'agissait de lésions athéromateuses. La moelle présentait les lésions classiques de l'ataxie locomotrice. Les deux papilles étaient grisâtres, sinueuses sur leur contour, excavées à leur centre. Les deux nerfs optiques, grisâtres, étaient manifestement atrophiés ; cette atrophie se prolongeait au delà du chiasma ; les deux corps genouillés, internes et externes, avaient leur volume normal.

M. Charcot, à la Salpêtrière, a bien des fois insisté devant moi sur la fréquence des lésions aortiques chez les ataxiques. Elles sont, avec les lésions des reins, des poumons, un des accidents qui tuent le plus fréquemment les malades.

— L'observation CLIV est presque analogue à la précédente. Chez le malade qui en est l'objet, il y a eu peu, relativement, d'ataxie du mouvement; les yeux, les paupières ont été particulièrement atteints dès le début de l'affection. Souvent, les symptômes oculaires sont transitoires; dans le cas actuel, ils ont été permanents; aujourd'hui encore, il existe

une paralysie évidente des deux muscles droits externes.

Ce malade a présenté des troubles trophiques intéressants. Sur la face antérieure du thorax s'est produite une éruption de très-petites vésicules arrondies, pâles, remplies de sérosité transparente; elles occasionnaient de vives démangeaisons; cette éruption occupait la région qui, autrefois, a été hyperesthésiée à un point tel que le frottement léger de la chemise ne pouvait être supporté.

— La malade de l'observation CLV présente comme phénomène intéressant ce fait relativement rare : la prédominance de l'ataxie du mouvement dans les membres supérieurs, celle-ci étant comparée à celle des membres inférieurs.

Chez elle, il n'y avait pas, au moment de son entrée à l'hôpital, de troubles de la vision, et il ne semble pas qu'il en ait existé quelquefois, malgré des douleurs violentes ayant eu pour siége le front et la cavité péri-orbitaire.

L'ouïe est également normale. Les autres phénomènes observés ont été ceux qui existent d'habitude dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive.

OBSERVATIONS

Obs. CLI. — *Ataxie locomotrice chez un malade amputé de la jambe droite une quinzaine d'années auparavant. — Phénomènes ataxiques limités à la jambe gauche.*

Le nommé S..., Antoine, militaire retraité, âgé de 47 ans, surveillant aux travaux publics.

Entré à la Charité au mois de juillet.

Renseignements. — Ce malade, en 1855, eut le pied droit emporté par un boulet devant Sébastopol. Il subit une pre-

mière amputation dans les ambulances anglaises, au-dessus des malléoles, puis une deuxième, à vingt et un jours d'intervalle, à la partie supérieure de la jambe.

Cette seconde opération, pratiquée dans les ambulances françaises, fut nécessitée par la présence d'esquilles dans la plaie. Au bout de vingt-cinq jours, la cicatrisation était opérée. Il a fait autrefois des excès de boisson, alors qu'il était marchand de vin; cependant on ne trouve pas de signes d'alcoolisme évidents.

Il buvait de l'eau-de-vie le matin et une grande quantité de vin dans la journée.

Depuis 1873, il remarque que sa jambe gauche s'affaiblit; l'articulation tibio-tarsienne a un certain degré de laxité; le pied se déjette en dedans; il est obligé de porter une chaussure plus large, afin d'élargir la base de sustentation. Depuis ce moment, il éprouve un froid continuel au pied, et les sueurs habituelles qui y existaient auparavant ont disparu.

Dès l'année 1867, il avait remarqué que toute la face externe du membre inférieur gauche était moins sensible. Le contact des objets lui paraissait se faire comme si une étoffe était interposée.

En 1874 ont commencé à se manifester des démangeaisons et des douleurs au pied.

A la même époque, des douleurs fulgurantes, qui devinrent bientôt très-fréquentes, occupèrent tout ce membre inférieur. Ensuite elles apparurent sur la face antérieure du thorax et dans le dos. Vers la même époque, il éprouvait des soubresauts de tendons.

Etat actuel. — C'est un homme assez bien constitué. Il est intelligent : vue, ouïe normales. Il lui est absolument impossible de marcher sur le carreau de la salle. Sa jambe ne lui suffit plus, avec son pilon et son bâton, pour se maintenir debout sur ce sol relativement glissant.

Son membre inférieur gauche paraît un peu grêle; mais

il a toujours été maigre, dit-il, et il ne saurait dire si sa jambe a diminué de volume. Il marche en élevant fortement le pied : il frappe le sol du talon ; si on lui ferme les yeux, il marche en hésitant ; il ne peut faire que quelques pas; il porte la jambe de côté, et il tomberait si l'on prolongeait l'expérience. La force musculaire est conservée. Douleurs fulgurantes et en ceinture, très-intenses. La contractilité électrique est intacte. Les muscles entrent énergiquement en action sous l'influence de cet excitant. Tous les muscles y répondent bien.

La sensibilité est considérablement affaiblie dans toute l'étendue du membre inférieur gauche. Le malade y sent à peine le courant électrique porté à son maximum, transmis par la peau au moyen du pinceau métallique.

Lorsqu'on le pince, il n'éprouve la sensation qu'au bout d'une seconde environ.

Rien aux membres supérieurs, rien dans le moignon : il n'y a pas d'anesthésie cutanée dans la cuisse droite ; le malade n'y a point éprouvé de douleurs fulgurantes.

La miction et la défécation s'opèrent d'une façon normale ; cependant il faut ajouter que quelquefois, lorsque le malade a envie d'uriner, il est obligé de se presser, parce qu'il ne peut garder ses urines comme avant sa maladie.

Les autres organes ne présentent rien de particulier à considérer. Santé générale bonne.

Traitement. — M. Vulpian ordonne : trois pilules de nitrate d'argent de 1 centigr. ; vin de quinquina. Application de compresses de chloroforme sur les régions douloureuses. On lui recommande d'augmenter le nombre des pilules jusqu'à 5 par jour, au bout de quinze jours, et de continuer cette dose pendant quatre ou cinq semaines.

Le malade se soigne chez lui. Il est impossible de savoir s'il a suivi régulièrement le traitement prescrit. Toujours est-il qu'au bout de deux mois il n'existait aucune amélioration.

OBS. CLII. — *Gastralgie extrêmement violente comme symptôme principal d'un tabes dorsalis. — Vérification à l'autopsie du diagnostic porté pendant la vie.*

La nommée J..., Emilie, âgée de 32 ans, lingère.

Entrée le 27 février 1877, salle Sainte-Madeleine, lit nº 14.

Renseignements. — Son père est bien portant et vigoureusement constitué. Sa mère est assez robuste, mais elle aurait eu fréquemment des attaques de nerfs. La malade se rappelle avoir vu sa mère étendue à terre, se débattant, tordant ses membres et l'écume à la bouche.

Dans son enfance, la malade ne se souvient pas d'avoir été malade. Étant jeune fille, elle était très-nerveuse et facilement portée, presque sans transition et sans cause, du rire aux larmes, et *vice versa*. Elle a fait une fausse couche il y a huit ans.

Il y a trois ans et demi, étant en bonne santé, sans indisposition aucune les jours précédents, elle fut prise de vomissements répétés; elle rendit d'abord les aliments de la veille, puis de la bile.

Ces vomissements, accompagnés de douleurs épigastriques très-vives, durèrent trois jours, presque sans interruption. Au bout de ce temps, ils se calmèrent un peu, en laissant ainsi des intervalles de repos à la malade. Elle resta encore trois mois avec des crises et des vomissements alimentaires ou bilieux, se renouvelant de huit à quinze fois par jour environ.

Pendant la même période de temps, elle éprouva une céphalalgie fréquente, de médiocre intensité, douleurs très-vives dans les membres inférieurs. Ces douleurs, au dire de la malade, étaient continues, avec exacerbations; elle les compare à la souffrance qu'occasionneraient des couteaux enfoncés dans la chair.

A cette période de souffrance succéda une complète rémission d'une durée de trois mois. Au bout de ce temps, alors que la malade avait presque entièrement oublié ses maux passés, elle fut prise, aussi brusquement que la première fois, des mêmes symptômes de vomissements et de douleurs.

Cette récidive date de trois ans.

Cessation de la menstruation à 30 ans.

Depuis trois ans, la malade éprouve les phénomènes précités, avec des alternatives de mieux et de plus mal. Son caractère a subi de profondes modifications ; elle a d'ailleurs éprouvé de grands chagrins. Elle aurait eu, à certains moments, l'idée de suicide. Son sommeil, quoiqu'elle n'ait pas fait d'excès alcooliques, est troublé par des hallucinations; dans la nuit, elle voit des bêtes informes, des serpents, des ennemis qui se la disputent comme une proie. Elle a maigri beaucoup.

La malade a eu, plusieurs fois, de la diplopie ; elle voyait double, en effet, surtout au début de sa maladie. Ce phénomène, d'abord transitoire, s'est bientôt établi en permanence. Chute des paupières, qui dura assez longtemps ; strabisme, qu'on lui fit remarquer à deux ou trois reprises; sa vue, de temps à autre, et pendant un instant seulement, était obscurcie comme par des nuages.

Crampes douloureuses, assez fréquentes, d'une durée d'un quart d'heure à une heure, dans les muscles des membres inférieurs.

Alternatives de constipation et de débâcle. Jamais de relâchement involontaire des sphincters.

La malade s'est mise à la diète lactée depuis trois semaines ; ses vomissements sont presque arrêtés.

D'ailleurs ses attaques gastralgiques, toujours très-violentes, se sont reproduites depuis trois ans, à des intervalles variés. Il était rare toutefois qu'il y eût plus de quinze jours entre deux attaques consécutives. Leur durée

variait aussi entre deux à trois jours et dix à quinze jours. Elles offraient les mêmes caractères que lors de la première apparition de la gastralgie. Elles étaient devenues de plus en plus fréquentes dans ces derniers temps.

État actuel. — La malade est faible, amaigrie ; cependant la figure n'est pas décolorée. Les membres sont grêles et portent la trace d'innombrables injections sous-cutanées de morphine, dont elle a fait un usage immodéré (elle usait en moyenne de 2 à 3 francs de solution de chlorhydrate de morphine par jour).

La marche, sans être chancelante, manque de hardiesse. La malade butte de temps à autre et très-légèrement sur la saillie que font, à la face plantaire, les articulations métatarso-phalangiennes ; cependant elle ne déjette pas d'une façon appréciable ses pieds en dehors.

Anesthésie complète aux reins, à la partie supéro-antérieure du thorax, à la face externe des mollets, où l'on peut enfoncer des épingles sans que la malade s'en doute ; anesthésie incomplète à la face, aux cuisses, aux bras.

Sensibilité conservée aux mains et aux pieds, peut-être même augmentée aux lombes, aux fesses, au cou et au dos.

Analgésie à la poitrine et aux cuisses ; sensation de froid très-développée au dos, au ventre, aux cuisses et aux pieds.

Mouvements réflexes très-prononcés par le chatouillement de la plante des pieds.

La malade résiste, avec énergie, aux tentatives forcées d'extension et de flexion des jambes ; elle a conservé la force musculaire.

Au dynamomètre, elle amène 30 et 35.

En lui fermant les yeux et la faisant porter rapidement l'index au bout de son nez, elle va atteindre le lobule de l'oreille du côté opposé.

Si elle cherche à porter, sans le secours de la vue, le

talon d'un côté sur le gros orteil du côté opposé, elle le fait à peu près bien.

Diplopie; la malade voit double presque continuellement. Léger strabisme externe.

De temps à autre, les membres sont traversés par des douleurs fulgurantes atroces. Ce qui domine actuellement, ce sont les douleurs à la région épigastrique. Lorsque, dans cette région, on exerce une pression, même légère, la malade accuse une douleur violente. Fréquemment, dans le courant de la journée, cette douleur se produit spontanément. Elle acquiert bientôt une très-grande violence. Elle est exacerbante et arrive à une intensité extrême. La malade se tord alors dans son lit; elle pousse des cris, elle pâlit; ses yeux s'excavent; l'expression est celle d'une profonde angoisse. Cette douleur, dont le moment d'apparition n'a aucune espèce de rapport avec l'ingestion des aliments, est intolérable, et par instants, comme nous venons de le dire, d'une violence au delà de toute expression. Arrivée à son maximum, elle s'irradie en tous sens, principalement vers le rebord de l'hypochondre gauche et le long du dos. Les crises durent quelques minutes. A certains moments, elles sont comme subintrantes, et elles persistent dix, douze heures de suite.

Très-fréquemment, ces crises douloureuses sont accompagnées de vomissements abondants sans caractères particuliers. Les efforts de vomissements sont toujours très-pénibles. A la fin des crises, hyperesthésie très-notable de la peau de la région épigastrique.

Pas de crises anales. Pas de troubles de la miction.

Cœur et poumons sains.

Traitement. — Continuation des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. De plus, application de cataplasmes laudanisés sur le ventre.

On avait fait ailleurs le diagnostic : *ulcère simple de*

l'estomac; mais M. Vulpian pensa qu'il pourrait s'agir d'un cas de gastralgie produite par le *tabes dorsalis*, et le lendemain de la première visite il prescrivit du nitrate d'argent en pilules de 1 centigr. chacune : 3 pilules par jour. Malheureusement, pour savoir si cette médication pouvait avoir de l'influence, il eût fallu que la malade n'eût pas de la diarrhée, et le flux intestinal a été abondant à partir du 7 ou 8 mars : dans de telles conditions, on ignore si l'absorption a eu lieu.

2 *mars.* — Vomissements que rien ne peut arrêter ; violentes douleurs épigastriques que l'injection de 8 centigr. de chlorhydrate de morphine ne peuvent calmer. Douleurs atroces ; la malade se tord dans son lit ; son facies est profondément altéré et porte la marque de la plus vive souffrance ; gémissements continuels.

Continuation des injections jusqu'au 7 mars ; à cette époque, les douleurs gastralgiques et abdominales sont encore plus intenses ; les vomissements sont presque incessants. La malade est abattue, courbaturée, prostrée.

Elle cherche en vain le sommeil, qu'elle ne trouve que dans l'intoxication par la morphine (6 à 8 centigr.).

8 *et* 9 *mars.* — Diarrhée cholériforme. Selles séreuses et bilieuses. Les extrémités sont refroidies.

La malade dit que, parfois, elle est très-constipée. Elle reste sept, huit jours sans aller à la selle ; ensuite elle est prise de diarrhée abondante.

Julep avec tannin, 1 gramme. Cataplasmes laudanisés.

La malade ne peut retenir ses matières fécales, qu'elle laisse s'échapper constamment.

Délire ; somnolence. Douleurs gastralgiques atroces, interrompant à chaque instant l'état de somnolence.

Potion avec 6 gr. de chloral. Chlorhydrate de morphine en injections : 8 et 10 centigr. Pilules de nitrate d'argent : 4.

10 *mars.* — Coma continuel. La diarrhée est un peu

arrêtée. Vomissements rares. On cesse les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

11 *mars*. — Cessation de la diarrhée. Coma très-intense, dont on ne peut sortir la malade, même en la secouant. Commencement d'eschare au sacrum.

12 *mars*. — Elle est restée toute la journée dans un coma profond. Constipation.

13 *et* 14 *mars*. — Disparition du coma ; diarrhée abondante. Reprise de la gastralgie.

15 *mars*. — On recommence les injections hypodermiques, mais à dose plus faible ; 3 à 4 centigrammes par jour. Tendance à la diarrhée.

16 *mars*. — Les douleurs gastralgiques sont toujours d'une intensité extrême. Diarrhée abondante.

17 *mars*. — Diarrhée moindre. L'eschare a, à peu près, la grandeur de la moitié de la main. Sur le grand trochanter droit, rouge et tuméfié, on remarque un abcès de la grosseur d'un pois. Le facies de la malade est profondément altéré. Pâleur, yeux enfoncés et cernés. Voix presque éteinte. Peau de la face et muqueuse linguale froides.

8 *et* 9 *mars*. — La diarrhée a disparu ; le coma revient. Le facies n'est plus cholériforme ; mais il est toujours très-abattu et exprime la plus vive angoisse ; les yeux sont fermés, et la malade répugne à les ouvrir.

Tendance à la gangrène sur le grand trochanter.

25 *mars*. — Alternative de coma et de diarrhée. Relâchement des sphincters. Abolition de l'intelligence.

27 *mars*. — Mort dans un état comateux et délirant.

Autopsie. — *Cavité crânienne*. — *Cerveau*. — Rien à noter.

Nerfs optiques. — Ils sont un peu grisâtres et légèrement atrophiés.

La *moelle*, enlevée avec les racines nerveuses et quelques ganglions rachidiens de la région dorsale supérieure, présente des plaques calcaires à la région dorsale, dans

l'épaisseur de l'arachnoïde. Les racines postérieures sont manifestement atrophiées, plus grêles et moins blanches que dans l'état normal, au niveau de la région dorsale. Leur atrophie est toutefois bien moindre que dans les cas plus avancés de *tabes dorsalis*. Les ganglions rachidiens ont leur volume et leur aspect normaux. Rien d'anormal en apparence dans les ganglions du plexus solaire et dans les nerfs qui en émanent.

Sur les coupes méthodiques, faites à l'état frais et échelonnées de centimètre en centimètre, on note une sclérose des cordons postérieurs, jugée par la teinte grise des faisceaux postérieurs. La sclérose ne semble être complète dans aucune région; elle est plus prononcée qu'ailleurs au niveau de la partie supérieure du renflement lombaire, où la moelle et les méninges sont adhérentes.

L'examen histologique de la moelle épinière, pratiqué par M. Vulpian, après deux mois de macération dans une faible solution d'acide chromique, montra qu'il s'agissait bien d'une sclérose des cordons postérieurs; il y avait un peu de méningite spinale postérieure. La lésion n'occupait pas toute l'épaisseur des faisceaux postérieurs; on voyait des fascicules de fibres saines entremêlés avec les fibres altérées. Cette lésion était surtout marquée à l'union de la région dorsale et de la région lombaire. Il faut dire d'ailleurs que ce premier examen n'a pas pu être fait très-méthodiquement et s'est borné à l'étude rapide de deux ou trois coupes. La partie moyenne de la région dorsale de la moelle n'a pas été retrouvée lorsqu'on a voulu procéder plus tard à une recherche complète.

Cavité thoracique. — *Poumons.* — Sains. Pas de liquide dans les plèvres.

Cœur. — Petit. Son tissu est mou, décoloré, comme graisseux à la coupe ; plaques laiteuses sur le péricarde.

Cavité abdominale. — *Estomac.* — Absolument normal,

ainsi que l'intestin grêle. Le gros intestin, surtout au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque, présente sa muqueuse rouge, vascularisée et épaissie. Le foie est un peu congestionné, ainsi que les reins. Pas de lésions de leurs tissus.

Obs. CLIII. — *Ataxie locomotrice avec amaurose double. — Ataxie des mouvements très-peu marquée. — Lésions aortiques. — Mort par syncope. — Vérification anatomique. — Atrophie des nerfs optiques.*

La nommée F..., Elise, âgée de 51 ans, domestique.

Entrée le 5 avril 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 22.

Renseignements. — Son père serait mort à 45 ans, à la suite d'un accident. Sa mère, bien portante, a atteint l'âge de 85 ans.

Rien à noter chez les collatéraux. La malade ne se rappelle pas avoir entendu dire qu'elle ait fait dans sa jeunesse quelques maladies sérieuses.

Très-nerveuse, très-impressionnable aux bruits subits qui se faisaient autour d'elle, aux émotions de gaieté ou de peine; les rires et les larmes venaient facilement. Elle ne sait à quel âge faire remonter sa première menstruation, mais elle dit avoir été toujours bien réglée ; ménopause cette année.

Depuis lors (un an environ), la malade a ressenti des douleurs fulgurantes qui la prennent dans les deux jambes; elles vont du genou au pied avec la rapidité d'un éclair, surtout quand le temps est orageux. Ces douleurs lui laissent de temps à autre quelques jours de repos; mais quelquefois elles forment de véritables séries, c'est-à-dire qu'à une douleur succèdent cinq ou dix minutes de repos, puis une nouvelle douleur vient, et ainsi de suite pendant une demi-journée et plus.

La malade prétend que ces douleurs fulgurantes et ces séries de douleurs sont surtout communes la nuit, et alors elles seraient plus vives; la malade les compare à celles produites par un fer rouge traversant très-rapide-

ment les chairs et les déchirant. Sous ces influences douloureuses, la malade est réveillée en sursaut et ne peut plus s'endormir. Elle a eu des périodes de dix à quinze jours de repos qui réparaient les forces ; mais ces longues périodes ne se sont guère montrées depuis ces derniers temps.

Fourmillements, picotements incessants dans les membres inférieurs, principalement aux extrémités. Les membres thoraciques ne sont pas atteints de douleurs aussi vives.

État actuel. — Depuis le début de ces douleurs, la malade accuse de la faiblesse dans les jambes; c'est une grande pesanteur dans les membres après une courte fatigue ; cependant la force est conservée, et elle résiste assez bien aux mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse.

La sensibilité est intacte. La malade perçoit le contact immédiatement; le frottement, la pression et la piqûre sont perçus aussi nettement que dans l'état normal.

Les corps froids développent une sensation certainement plus forte qu'à l'ordinaire.

Pendant la station verticale, la malade se soutient très-bien ; mais le début de la progression est hésitant. Elle trébuche même quelquefois, et après quelques instants de marche les pieds sont légèrement déjetés en dehors. La malade n'a pas la sensation du plancher sur lequel elle se tient. Étant sur du carreau, elle affirme énergiquement être sur le parquet. Elle marche cependant assez bien, plutôt comme une personne aveugle que comme une ataxique.

Elle porte assez bien son index à son nez ; mais, si on l'invite à mettre le talon sur le gros orteil de l'autre membre, elle ne le fait qu'en tâtonnant et en le cherchant d'abord du côté opposé.

La vue baisse depuis assez longtemps ; ne faisant pas de travaux délicats, la malade ne s'en est aperçue que depuis peu. Elle affirme qu'il y a un mois elle voyait très-bien

pour se conduire, et même distinguait encore entre elles les personnes qu'elle connaissait. Aujourd'hui, elle voit tous les objets comme à travers un nuage épais ; elle ne distingue pas ceux qui sont trop fins. Pas d'opacités du cristallin.

Cœur. — Double bruit de souffle doux à la base, celui du second temps plus fort que le premier. Premier bruit de la pointe légèrement soufflant (rétrécissement de l'orifice aortique avec insuffisance des valvules sygmoïdes).

Double bruit de souffle dans les artères fémorales. Pouls de Corrigan.

Poumons. — Rien à noter.

Cavité abdominale. — Rien à noter.

Traitement. — On donne deux pilules de nitrate d'argent de 1 centigr. Frictions sur les membres avec la pommade au chloroforme.

6 *mai.* — Diarrhée. Vomissements extrêmement fatigants ; points douloureux au creux épigastrique et le long de la colonne dorsale. Ces points sont douloureux à la pression.

8 *mai.* — La diarrhée fait place à la constipation. Les vomissements continuent. Dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée et la suffocation. Pas de douleur véritable à la région cardiaque. Pas d'irradiation hors de cette région. Deux verres d'eau de Sedlitz.

9 *mai.* — Les symptômes de la veille s'accentuent. La malade est prise de véritables accès de lipothymie. Elle meurt dans la soirée à la suite d'une syncope.

Autopsie faite le 11 *mai* 1877. — *Cavité thoracique.* — *Plèvres.* — A peu près un litre de liquide séreux un peu brunâtre, à droite.

Poumons. — A la surface du poumon droit, çà et là, quelques plaques fibrineuses de pleurésie récente au niveau de la scissure interlobaire ; la plus étendue avait à peu près 2 centimètres de diamètre.

Les poumons sont le siége d'une congestion œdémateuse

plus marquée à gauche ; ils laissent échapper, par des incisions, un liquide brun noirâtre spumeux, surtout abondant dans le poumon gauche.

Péricarde. — Contient environ un quart de litre d'un liquide citrin.

Cœur. — Un peu de graisse au niveau des oreillettes, mais très-peu dans les parois ventriculaires. Plaque ecchymotique de la grandeur d'une pièce de deux francs, à la face antéro-supérieure du ventricule gauche ; une autre plaque plus pâle et un peu allongée sur le ventricule droit n'est guère séparée de la précédente que par le sillon antéro-ventriculaire.

Cœur volumineux. Cavités ventriculaires un peu agrandies. Le myocarde, passablement épaissi, présente son maximum d'épaisseur sur le ventricule gauche. Il est peu résistant et se laisse difficilement pénétrer avec les doigts. Colonnes charnues : rien de particulier.

Valvules souples, non épaissies et sans plaques athéromateuses. Si l'on verse de l'eau dans l'aorte après avoir ouvert la cavité ventriculaire gauche, l'eau fuit facilement entre les valvules aortiques, qui laissent entre elles un hiatus triangulaire d'assez petite étendue.

Aorte. — Énormément dilatée, à la crosse surtout ; c'est une dilatation simple, occupant toute la circonférence du vaisseau, laquelle ne mesure pas moins de 8 à 9 centimètres. Cette portion du vaisseau est parsemée de plaques athéromateuses de diamètre varié ; quelques-unes ont peut-être 4 ou 5 millimètres, ou même sont encore plus larges.

Ces plaques, très-dissemblables entre elles, sont si nombreuses, qu'elles ne sont guère séparées les unes des autres que par des sillons. Les unes sont dures, calcaires, plates, faisant dans l'intérieur du vaisseau des saillies à contours bien limités ; les autres, molles, jaunâtres, plus grosses et surtout de beaucoup les plus nombreuses, dessinent à la

face interne de l'aorte des éminences arrondies, à contours mal limités, se fondant avec les parties avoisinantes.

Enfin, parmi ces plaques, les unes ont une évolution terminée (plaques calcaires), d'autres une évolution du début (plaques gélatiniformes) ; les autres enfin sont à une époque intermédiaire de développement.

Cavité abdominale. — Foie. — Normal. La vésicule biliaire est remplie de petits calculs fins, grenus, agglomérés, formant des masses calculeuses dont l'une atteint le volume d'une noisette.

Les autres organes abdominaux sont sains.

Système nerveux. — Moelle. — A l'œil nu, on constate un épaississement notable de la pie-mère à la face postérieure, surtout au niveau de la région dorso-lombaire. En ce point, il existe une adhérence complète entre la pie-mère épaissie et la surface postérieure de la moelle.

Les racines postérieures, comparées aux antérieures, sont grisâtres et manifestement atrophiées.

Sur les coupes transversales, à l'œil nu, on note dans les cordons postérieurs une teinte grisâtre ayant la forme d'une virgule (,). Dans la région dorsale, cette teinte s'accentue de plus en plus à mesure qu'on approche de la région lombaire, et, au niveau de la partie supérieure du renflement dorso-lombaire, la teinte grise occupe presque toute l'étendue des cordons postérieurs.

A la région cervicale, il y a seulement une teinte grise au point d'arrivée des cordons postérieurs dans les racines postérieures (zone radiculaire interne).

Les cordons antérieurs et latéraux ne présentent rien d'apparent à l'œil nu, ainsi que les cornes antérieures.

L'examen histologique de la moelle, fait, ultérieurement, par M. Vulpian, montra qu'il s'agissait bien d'une sclérose des cordons postérieurs.

Encéphale. — Rien de particulier à noter.

Yeux. — Les deux papilles sont grisâtres, sinueuses sur leur contour, excavées à leur centre.

Les deux nerfs optiques sont grisâtres et le siége d'une atrophie manifeste. Cette atrophie se prolonge au delà du chiasma. Les deux corps genouillés internes et externes paraissent avoir leur volume normal.

Obs. CLIV. — *Ataxie locomotrice. — Phénomènes ataxiques du mouvement très-peu marqués. — Strabisme persistant. Paralysie des deux muscles droits externes. — Éruption vésiculeuse paraissant être en rapport avec les troubles des nerfs cutanés.*

Le nommé L..., Edmond, âgé de 41 ans, typographe.

Entré le 31 mai 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 7.

Renseignements. — Ce malade fait remonter le début de son affection actuelle à 1870. A cette époque, il s'aperçut qu'il voyait double et que son œil droit percevait moins distinctement qu'auparavant.

Cette diplopie alla peu à peu en augmentant, de telle sorte qu'il fut obligé de se cacher un œil. En outre, il sentait une sorte de tiraillement et de constriction tout autour de l'œil droit. La peau environnante était, dit-il, moins sensible, et de temps à autre il y éprouvait une chaleur exagérée.

Deux ans après, les membres supérieurs furent le siége de douleurs fulgurantes très-vives, arrachant des cris au malade ; ces douleurs devinrent peu à peu très-fréquentes. Bientôt, ces mêmes douleurs apparurent dans les membres inférieurs.

Puis il éprouva une sensation de contraction autour du thorax. Cette région devint bientôt, sur sa face antérieure, très-sensible, surtout au frottement de la chemise ; puis elle présenta une éruption semblable à celle qui existe encore aujourd'hui, et qui disparaît et reparaît tour à tour.

Depuis trois ans, il éprouve quelques difficultés à marcher. Il chancelle et a besoin de surveiller sa marche. Dans l'obscurité, il lui est impossible d'avancer. En outre, il a une constipation opiniâtre et ne peut aller à la garde-robe que par lavements. De plus, il éprouve de la difficulté à retenir ses urines. Il est obligé d'uriner souvent, et quelquefois les urines s'échappent involontairement pendant la nuit.

État actuel. — Le malade est assez bien constitué; ses muscles ont conservé toute leur puissance contractile. Lorsqu'on le fait marcher, il le fait assez facilement. Mais, quand on lui ferme les yeux, il chancelle et ne peut avancer. Il lui est impossible de se tenir debout, les talons rapprochés.

Dans son lit, il exécute tous les mouvements qu'on lui propose, tout en ayant les yeux fermés.

Il porte facilement l'extrémité de son doigt à son nez, etc.

La sensibilité est intacte dans tous ses modes.

Lorsque ce malade est debout, il sent bien le sol sur lequel il repose. Mais, s'il ferme les yeux, il lui semble qu'il est sur un plancher mouvant.

Sur la face antérieure du thorax existe une éruption caractérisée par de très-petites vésicules arrondies, pâles, remplies de sérosité transparente. La peau environnante est normale. Au centre est un petit point noir. L'éruption cause de vives démangeaisons au malade. Toute cette région, un peu hyperesthésiée, est le siége de douleurs fulgurantes assez violentes (douleurs en ceinture).

Strabisme interne des deux yeux. Quand on fait regarder le malade à gauche, l'œil droit seul continue à tourner; le gauche s'arrête, la pupille en avant. Lorsqu'on le fait regarder à droite, le phénomène inverse se produit. En un mot, il y a paralysie des deux muscles droits externes.

Traitement. — Le malade est soumis au traitement par

le nitrate d'argent; il sort le 21 juin, dans le même état que lors de son entrée au service. L'éruption de la région antérieure du thorax a presque complétement disparu.

Obs. CLV. — *Ataxie locomotrice. — Prédominance des accidents ataxiques aux membres supérieurs.*

La nommée V..., Victoire, âgée de 42 ans, giletière.

Entrée le 26 juillet 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 9 *bis*.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 42 ans, est giletière. Réglée à 12 ans, elle l'a toujours été très-régulièrement, et elle l'est encore.

Comme antécédents, on ne relève chez elle aucun signe qui puisse indiquer une diathèse quelconque. Du côté de l'hérédité, on ne trouve également rien d'important; enfin la malade dit s'être toujours bien portée.

Il y a sept ans, elle éprouva dans les deux membres inférieurs des engourdissements et des fourmillements, et, en même temps, des douleurs lancinantes très-vives traversant subitement ces deux membres; de plus, la marche était très-pénible, les jambes lourdes; les engourdissements persistants en étaient la cause.

La malade assure qu'à cette époque elle marchait en trépignant et en frappant le sol du talon; déjà aussi, elle avait eu de l'anesthésie plantaire, car elle raconte qu'elle ne sentait presque pas le sol et qu'il lui semblait marcher comme sur du caoutchouc. Dans l'obscurité, elle n'osait marcher, de peur de tomber; en fermant les yeux, elle perdait l'équilibre. Parfois, des vertiges, des étourdissements venaient par instants, et, pour ne pas tomber, elle devait se maintenir aux objets voisins.

Une douleur très-vive siégeait au front et autour des yeux. Enfin elle eut de l'incontinence d'urine et une constipation opiniâtre.

Jamais il n'est survenu de troubles de la vision. La

malade a éprouvé des crampes dans les jambes et des soubresauts dans les muscles du dos.

Tous ces phénomènes persistèrent en augmentant d'intensité pendant deux ans, puis ils disparurent peu à peu et complétement pendant trois ans, temps pendant lequel elle put vaquer à ses occupations. Elle conserva seulement des maux de tête.

Il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement, elle fut subitement prise d'une paralysie de la langue; il lui fut impossible pendant vingt-quatre heures de prononcer un seul mot et même de pousser un seul cri.

En même temps se produisirent les phénomènes suivants du côté des membres inférieurs. Les jambes devinrent lourdes, la marche difficile; la difficulté de la translation augmenta tous les jours ; élancements, fourmillements dans les membres inférieurs. Également, dans ces membres, douleurs vives, passagères, se montrant pendant trois et quatre jours, pour ne plus reparaître pendant huit ou quinze jours. Ces douleurs sont comparées par la malade à celles que produiraient des coups de marteau. Elles existent encore aujourd'hui.

Elle se fit électriser chez elle, puis, à bout de ressources, elle entra, deux mois après, à la Pitié, où elle resta jusqu'au mois de mai 1877. Là, on lui fit une application de pointes de feu dans le dos; du reste, elle avait déjà subi des cautérisations du même genre avant son entrée à l'hôpital. Les mêmes phénomènes, qui s'étaient manifestés dans les membres inférieurs il y a sept ans, étaient revenus et avaient de plus gagné les bras.

Cependant elle sortit améliorée, à ce qu'elle dit, et ce n'est que depuis quinze jours environ qu'elle souffre davantage.

État actuel. — Aujourd'hui, la malade accuse des douleurs vives dans les membres supérieurs et inférieurs. Elle

se met difficilement debout quand elle est assise, et elle ne peut rester longtemps immobile sans perdre l'équilibre.

Quand elle marche, elle chancelle, et ses jambes sont agitées de tremblements involontaires ; elle a de la tendance à la propulsion en avant, mais elle ne frappe pas le sol du talon. Si on lui fait fermer les yeux quand elle est debout, elle perd l'équilibre et refuse de marcher, de peur de tomber. Elle sent mal le sol sous ses pieds. Les muscles des membres sont très-développés et se contractent fortement; ils sont souvent le siége de soubresauts, de même que ceux du dos.

Si, les yeux étant fermés, on lui fait porter la main à son nez, elle y arrive après beaucoup d'hésitation; il en est de même quand on lui met un verre à la main et qu'elle le porte à sa bouche ; ataxie très-marquée des membres supérieurs; les mouvements sont beaucoup plus irréguliers qu'aux membres inférieurs.

Les mouvements réflexes sont conservés. Quant à la sensibilité, elle est abolie, à peu près complétement dans les deux membres supérieurs; cependant la sensibilité au froid est bien conservée et même exagérée.

La sensibilité à la douleur persiste; mais la perception des impressions douloureuses est sensiblement retardée. Il en est de même aux membres inférieurs.

Il n'existe aucun trouble de la vision; rien non plus à noter relativement à l'ouïe. Les organes digestifs fonctionnent bien; toutefois il y a une constipation opiniâtre.

La malade a assez bon appétit; elle ne tousse pas; du reste, il n'y a rien d'anormal aux poumons.

Le cœur est également sain, ainsi que le foie et la rate.

Traitement. — La malade est soumise à la médication au nitrate d'argent : deux pilules, puis trois pilules de 1 centigr. par jour. Un bain sulfureux chaque semaine.

Elle quitte le service le 15 août. Pas d'amélioration.

SECTION I

NÉVROSES

ARTICLE PREMIER

Hystérie. — Chorée.

Les travaux récents des auteurs anglais, les leçons de M. le professeur Charcot sur l'hystérie ovarienne, l'article devenu classique de M. le Dr Bernutz et les publications ou les thèses faites sous l'inspiration de M. le professeur Lasègue, pour ne parler que des travaux tout à fait modernes, ont jeté un grand jour sur les formes multiples de l'hystérie, cette névrose par excellence, si protéiforme dans ses expressions symptomatiques.

Il y a eu cette année, dans le service, un grand nombre de cas d'hystérie. Entre eux tous, j'ai choisi les suivants, parce que les uns et les autres m'ont paru présenter un certain intérêt clinique, les uns à cause de la variabilité et de la mobilité des manifestations hystériques, les autres par l'existence de troubles trophiques cutanés, fait des plus rares dans le cours de cette névrose.

Je rapporte également dans cet article un cas de chorée, guérie par le bromure de potassium.

— L'observation CLVI est celle d'une femme de 25 ans. A l'âge de 21 ans, étant à la campagne depuis douze jours, convalescente d'une fièvre typhoïde qui avait duré six semaines, elle fut prise progressivement, sans cause connue, d'une faiblesse des membres inférieurs. Bientôt elle entra à l'hôpital pour une paraplégie incomplète. La malade marchait encore, mais péniblement ; elle se traînait

avec beaucoup de difficulté. La paraplégie alla croissant, et pendant deux mois la marche fut impossible. La paralysie diminua ensuite petit à petit, et, au bout de sept mois, la marche était redevenue à peu près normale, quoique la malade se fatiguât plus vite que par le passé. L'anesthésie des membres inférieurs, qui avait été complète lorsque la paralysie motrice était à son maximum, disparut peu à peu.

Au bout d'un mois, après une légère bronchite, la paraplégie se reproduisit de nouveau ; elle disparut cette fois au bout de trois mois. Quelques semaines après, nouvelle rechute et nouvelle disparition des accidents ; au moment où ceux-ci cédèrent, la malade fut prise de vomissements ; elle vomissait presque tout ce qu'elle prenait. Ces vomissements cessèrent d'eux-mêmes au bout de quelques jours.

Outre ces phénomènes hystériques, dès la première convalescence de la paraplégie, la malade eut des tremblements. Elle était assise, quand tout à coup elle se mit à trembler involontairement des membres inférieurs ; la pointe du pied restait à terre, et le talon frappait le sol plus ou moins violemment.

Or, toutes les fois que les accidents paralytiques disparaissaient, toutes les fois le tremblement apparaissait. Il a fini par occuper également les membres supérieurs. Cette sorte de trépidation, analogue à celle qu'on observe assez souvent dans le cours de certaines affections de la moelle épinière, durait pendant plusieurs mois. Quand les tremblements cédaient, les vomissements revenaient ; quelquefois même, comme lors du dernier séjour de la malade, les deux phénomènes existaient en même temps. Chez cette femme, il n'y avait pas, à cette époque, d'anesthésie, ni de troubles de la vision, ni de douleurs ovariennes appréciables.

Le bromure de potassium, porté en commençant par 4 grammes et en augmentant de 1 gramme tous les jours jusqu'à la dose de 12 grammes, n'a pas eu d'action sur les

accidents hystériques. Il en a été de même des douches froides. La malade, entrée à l'hôpital le 17 mars, l'a quitté le 25 avril, à peu près dans le même état.

Je dois encore faire remarquer que, dans le cas actuel, il n'y a jamais eu de crises convulsives. Les accidents hystériques ont simplement consisté en paralysie, vomissements, tremblements, modifications du caractère. L'alternance de ces phénomènes était intéressante à faire remarquer.

— La seconde malade, observation CLVII, a présenté, pendant le cours de son affection, une complication bien rare de l'hystérie. Elle a eu, en effet, et pendant longtemps, des troubles trophiques des plus nets, des plus marqués à la jambe gauche.

A l'âge de 15 ans, à la suite d'une grande frayeur, la jeune fille, jusque-là bien portante, eut une attaque convulsive, suivie bientôt de plusieurs autres. Ces attaques ne se sont répétées que cinq ou six fois dans l'espace de six ans.

Il y a deux ans, à la suite d'une attaque, elle se réveilla avec un pied-bot de la jambe gauche, pied-bot varus-équin; en même temps, il y eut de la rétention d'urine. Les chirurgiens firent la ténotomie sans résultat aucun, et l'attitude vicieuse persista comme auparavant, malgré tous les appareils inamovibles.

Le 20 septembre 1876, chez cette malade âgée alors de 20 ans, il existait, en même temps que le pied-bot varus-équin, un gonflement douloureux, avec rougeur, chaleur, montant jusqu'au tiers inférieur de la jambe gauche. Les jours suivants, la rougeur s'étendit, en augmentant d'intensité, jusqu'à la rotule. Sur le fond rouge de la peau apparurent bientôt de petites vésicules contenant un liquide demi-transparent. Au bout de trois jours, ces vésicules se rompirent et furent remplacées par des ulcérations assez profondes qui ont duré jusqu'au mois de février dernier.

De nouvelles vésicules apparaissaient de temps à autre, à mesure que de plus anciennes disparaissaient en s'ulcérant. Les ulcérations s'étendirent sur le dos du pied, à la partie inférieure de la cuisse, en respectant toute la partie supérieure du membre. Elles étaient un peu profondes, à bords nets, à fond grisâtre, très-rapprochées les unes des autres ; dans l'ensemble, elles affectaient une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Toutes ces ulcérations reposaient sur une peau d'un rouge sombre. La surface malade ressemblait, à s'y méprendre, à une région cutanée couverte, assez récemment, de pointes de feu.

Au mois de février, les ulcérations étaient à peu près guéries, mais alors apparut une éruption d'urticaire, et, en outre, il se produisit dans la jambe des douleurs si vives que la malade réclamait l'amputation.

Vers le milieu de février, nouvelle réapparition des vésicules, et, quelque temps après, rétrocession. Dans les premiers jours de mars, la peau redevint normale ; d'ailleurs l'état général était satisfaisant.

Au mois de mars, on tenta la réduction du pied-bot pendant le sommeil chloroformique. Cette petite opération fut le point de départ de nouveaux accidents de contractures encore plus complets que les premiers ; mais les troubles trophiques vers la peau ne se reproduisirent pas.

Incidemment, je dois signaler le fait suivant : Vers le 2 juin, la malade avait des sueurs profuses extrêmement abondantes pendant la nuit. Contre celles-ci, M. Vulpian employa le procédé thérapeutique que j'ai déjà indiqué, le sulfate d'atropine ; seulement on fut obligé de faire prendre jusqu'à cinq pilules d'un demi-milligramme, et on arrêta ainsi les sueurs complétement.

Le 2 juillet au matin, à la suite d'une attaque convulsive qui a eu lieu pendant la nuit, la malade est dans un état de prostration très-grand ; tous ses membres sont

contracturés ; la langue est dans le même cas : elle est immobile, très-dure, courbée en arc de droite à gauche, la pointe appuyant sur la première molaire et l'incisive du côté gauche. La moitié gauche de la langue est dure, plissée à la surface : la malade ne peut pas parler. Les jours suivants, les phénomènes de contracture s'accentuèrent, surtout dans le bras et la jambe gauches, et tout le côté fut anesthésié. Il l'avait été antérieurement, mais l'anesthésie disparut lors des périodes de calme. Au 1er août, la contracture avait un peu diminué, principalement dans le bras et la jambe du côté droit.

M. Vulpian a essayé chez cette malade la plupart des bromures connus. Leur action a été inefficace ; il en a été de même du nitrate d'argent donné à l'intérieur, sous forme de pilules de 1 centigr., en commençant par une et en allant jusqu'à quatre. On a essayé aussi d'administrer le chloral; mais il fallut y renoncer : la malade le vomissait immédiatement. Ce n'est pas d'ailleurs pour cette seule raison que le traitement a été difficile à instituer. La contracture de la langue gênait beaucoup la déglutition, et les médicaments n'arrivaient dans le pharynx qu'avec la plus grande difficulté. Les injections sous-cutanées de morphine ont seules donné du soulagement ; on injecta d'abord 2 centigr. par jour, puis 4, 6, 8, jusqu'à 12 centigr.

Pendant cette dernière période, la malade, malgré une abstinence presque absolue, — car elle vomissait tout ce qu'on tentait de lui faire prendre, — ne maigrit presque pas.

Ce qui, dans cette observation, est vraiment particulier et lui donne une grande valeur, c'est l'existence des troubles trophiques de la jambe gauche. A quoi faut-il les rattacher? On sait que, dans le cours de l'hystérie précisément, on n'observe jamais de phénomènes indiquant une lésion matérielle des centres nerveux, excepté dans ces cas cités

par M. Charcot, où la contracture finit par amener à la longue, après dix ans, vingt ans, probablement par retentissement sur l'axe rachidien, une véritable myélite chronique. Pour M. Vulpian, dans le cas actuel, il ne s'est pas agi de troubles trophiques d'origine hystérique. Cette malade était entrée, au mois de septembre 1876, dans le service de M. Trélat. M. Vulpian avait eu alors occasion de la voir. Il avait considéré les troubles trophiques de la peau de la jambe, non comme dus à l'influence de l'affection hystérique, mais comme des effets de l'arthrite ou périarthrite tibio-tarsienne qui s'était développée à un certain moment. C'étaient là, suivant lui, des troubles trophiques à ranger parmi ceux qui sont dits réflexes et qui s'observent à la suite des irritations nerveuses périphériques. Les troubles trophiques produits par ce mécanisme, quoique rares, seraient, d'après M. Vulpian, moins exceptionnels chez les hystériques qu'on ne le dit, et l'on pourrait voir aussi, dans le cours de cette névrose, lorsque par suite d'une contracture prolongée telle ou telle articulation se trouve atteinte d'arthrite, des atrophies musculaires se manifester dans les segments du membre situés au-dessus de la jointure prise.

Disons que l'histoire de cette malade s'est encore notablement compliquée dans les mois qui ont suivi le mois d'août. A la suite d'une nouvelle attaque convulsive, les deux membres du côté droit se sont contracturés de nouveau de la façon la plus énergique. La contracture de la langue a augmenté, et le pharynx s'est contracturé aussi. Les globes oculaires eux-mêmes ont subi une rotation spasmodique autour de leur axe transversal, de telle sorte que la cornée transparente de chacun des yeux était entièrement cachée par le rebord orbitaire et la paupière supérieure. Il était impossible, dans cet état, d'alimenter la malade, autrement que par quelques cuillerées de jus de

viande et de lait qui passaient avec la plus grande difficulté. On dut renoncer à faire déglutir des médicaments. Tout se bornait à de petites quantités d'eau sucrée additionnée d'eau-de-vie, et encore le plus souvent ce liquide ne franchissait pas l'isthme du gosier. Les injections hypodermiques de morphine constituèrent le seul traitement pendant longtemps. Il y eut un amaigrissement considérable, puis il se forma dans la région du sacrum une escharc profonde. On crut que la malade allait mourir. Grâce à des pansements méthodiques, à l'emploi du matelas d'eau, le travail de sphacèle s'arrêta. On fit des injections de chlorhydrate de morphine dans la moitié gauche de la langue ; on commença à faire avaler à la malade une petite quantité (un centigramme par jour) de chlorure d'or et de sodium. La rotation spasmodique des globes oculaires céda. L'eschare se guérit complétement. La contracture de la langue disparut peu à peu, et la malade put recommencer à parler. Le membre supérieur droit recouvra ses mouvements, et la contracture du membre inférieur diminua. — Mais cette amélioration n'a pas fait de grands progrès : l'état au mois de mai 1878 était encore à peu près tel qu'il était au mois de février.

— Ainsi que les travaux de M. le professeur Charcot l'ont surtout nettement établi, on sait qu'il existe une forme de l'hystéro-épilepsie dans laquelle, comme dans l'hystérie, en même temps que la douleur ovarienne, à droite ou à gauche, existe une hémianesthésie de la moitié du corps, du côté correspondant, les sens — vision, ouïe, odorat, goût — compris. Dans la très-grande majorité des cas cités, l'hémianesthésie est absolue ; quelquefois cependant, la perte de sensibilité n'est pas complète ; il en a été ainsi chez la malade dè l'observation CLVIII.

La femme, âgée de 29 ans, a eu bien souvent des crises

convulsives, avec perte de connaissance, et, de plus, en permanence, de l'hyperesthésie ovarienne gauche.

Le simple contact n'est perçu nulle part dans tout le côté gauche, même sur la face. Le contact avec faible pression est perçu partout; sur le dos de la main et sur la face postérieure de l'avant-bras, il faut appuyer un peu plus fort que dans les autres régions pour que la malade sente le contact. De ce même côté, au dynamomètre, elle amène, avec la main droite, 40; avec la gauche, 20 seulement.

L'électrisation avec le pinceau électrique excite des douleurs assez vives. Après l'électrisation, la sensibilité dans les régions électrisées est plus nette qu'auparavant.

Il y a une différence assez légère dans l'acuité de la vision, entre les deux yeux. Cette différence est plus marquée pour l'olfaction, de même pour l'ouïe et le goût. Tous les sens du côté gauche sont un peu affaiblis. Il faut remarquer aussi que la malade avait parfois de la peine à trouver ses mots, surtout à la suite des crises convulsives.

— L'observation CLIX est un cas de chorée vulgaire, chez un enfant de 10 ans et demi.

La malade, à la fin du mois de novembre, éprouva quelques douleurs dans les genoux, et bientôt la mère s'aperçut que sa fille avait des mouvements involontaires dans les membres. S'il est un fait aujourd'hui bien démontré, c'est le rapport qui lie presque toujours la chorée au rhumatisme. Cependant quelquefois, comme dans le cas actuel, il est difficile, malgré les renseignements, de savoir si réellement il a existé de véritables rhumatismes. Ces douleurs, qualifiées de rhumatismales, sont bien souvent de simples phénomènes douloureux dus à la croissance ; or, il ne faut pas oublier que la chorée est une maladie d'évolution coïncidant avec ces périodes douloureuses non rhumatismales. M. le professeur Gubler, dans son cours de l'an dernier, a

longuement insisté sur ces faits : il a nettement établi les erreurs commises assez fréquemment relativement au rapport établi entre la chorée et le rhumatisme, précisément parce que l'on a compté parmi les cas se rapportant à cette dernière diathèse ceux dans lesquels il n'y a que de simples douleurs articulaires causées par la croissance.

L'intérêt du cas actuel est dans le traitement institué par M. Vulpian. La jeune fille a commencé par prendre 2 gr. de bromure de potassium. On a augmenté progressivement de 1 gr. tous les deux jours, ainsi jusqu'à 6 gr. ; puis on revint progressivement à 2 gr.

De temps à autre, la malade se reposait quelques jours et reprenait le traitement.

Vers la fin du mois de janvier, les mouvements choréiques avaient complétement disparu, et l'état général était très-bon. La maladie a duré dix semaines environ.

OBSERVATIONS

Obs. CLVI. — *Paraplégie hystérique. — Tremblement hystérique. — Vomissements. — Alternance des phénomènes symptomatiques.*

La nommée B..., Rosine, âgée de 25 ans, femme de chambre.

Entrée le 17 mars 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 15.

Renseignements. — Père rhumatisant. La mère est morte de suites de couche ; elle était très-nerveuse. La malade, dans son enfance, a eu la coqueluche et la rougeole. Réglée à 12 ans et bien réglée jusqu'à 16 ans. Alors, pendant un an, elle eut des pertes presque continuelles.

A la suite de ces pertes, elle fut soignée pour une ané-

mie ; les règles disparurent pendant un an. Depuis lors, la menstruation s'est effectuée normalement.

A 21 ans, fièvre typhoïde qui dura six semaines ; au bout de ce temps, on l'envoya en convalescence. Elle resta douze jours à la campagne et vint ensuite à l'hôpital pour de la faiblesse des membres inférieurs survenue progressivement et sans cause connue.

On constata alors une paraplégie incomplète ; la malade se tenait sur les jambes, mais elle marchait en se traînant avec beaucoup de difficulté ; au lit, elle faisait remuer ses membres inférieurs assez librement, quoique la force musculaire fût très-diminuée.

En même temps, elle avait la face dorsale des mains et des pieds gonflée ; elle resta dans cet état trois semaines.

La paraplégie alla croissant pendant quelque temps ; la marche fut impossible pendant deux mois, mais les mouvements pouvaient s'effectuer dans le décubitus dorsal ; puis, la paralysie diminua petit à petit ; après sept mois, elle ne conservait guère que de la faiblesse dans les jambes.

La progression était normale, mais fatigante ; la malade ne pouvait marcher que lentement.

Anesthésie absolue des membres inférieurs, au moment où la marche était impossible ; réapparition de la sensibilité à mesure que la paralysie motrice diminue. Volume des muscles normaux.

Après un mois de repos, elle fut atteinte d'une bronchite ; alors revint la paraplégie, qui s'en alla progressivement après trois mois de durée ; puis nouvelle rechute, mais moins violente que la première.

A dater de cette dernière rechute, la malade fut prise de vomissements qui venaient fréquemment, sans cause appréciable, à des heures irrégulières, quelquefois avant ou pendant les repas, jamais plus de deux heures après. Cet état dura environ trois ans.

Pendant ces accidents nerveux, le caractère de la malade changea : elle était portée sans motifs aux pleurs ou au rire.

Lors de la première convalescence de la paralysie, la malade fut prise subitement, étant assise, de tremblements choréiques, la pointe du pied restant à terre et le talon frappant le sol.

A la deuxième convalescence, les mains tremblèrent aussi, mais moins que les pieds. Cet état dura dix-huit mois environ.

Après deux ans de tranquillité, la malade fut reprise de ces tremblements, limités au pied droit ; ils durèrent quatre mois. Depuis deux mois, réapparition des vomissements; mais ils ont été moins fréquents.

Du mois de mars 1876 au mois de septembre de la même année, elle eut encore des troubles de la menstruation ; le sang revenait deux et trois fois par mois. Jamais d'attaques de nerfs. Il y a environ trois semaines, cette malade se tourna le pied en marchant. Il en résulta une entorse du pied droit avec gonflement, entorse qui dura quelques jours.

Etat actuel. — On constate au pied droit, à l'orteil médius, l'existence d'une ecchymose, avec douleur à l'articulation médio-tarsienne de ce côté, surtout à la face dorsale et plantaire ; elle est moins intense à la face externe ; ces mêmes points sont aussi un peu gonflés.

Cœur. — Bruit de souffle doux à la base et à la pointe; au premier temps. Souffle doux dans les vaisseaux du cou.

Lèvres et conjonctives décolorées. Les pupilles sont dilatées. Les poumons et les organes abdominaux ne présentent rien de particulier à noter.

Dans le lit, la malade ne tremble pas ; mais quand elle est debout, étant appuyée sur une chaise ou même assise, la pointe du pied droit vient battre le sol en laissant le talon reposé à terre. Quand, dans ce mouvement, la pointe du pied s'élève, la cuisse se fléchit sur la jambe, faisant ainsi pencher le bassin de ce côté et avec celui-ci le corps.

L'attitude redevient normale quand le pied repose à terre. Ce mouvement d'élévation et d'abaissement de la pointe du pied est très-rapide.

Pendant la marche, tout le corps est agité par la trémulation de la jambe, qui s'exagère d'autant plus que la malade veut l'arrêter. Si l'on veut faire tenir la malade sur le membre affecté, l'autre étant élevé, elle ne s'y maintient qu'en s'appuyant, et elle chancelle, alternativement à droite et à gauche.

Si on lui fait exécuter la même manœuvre de l'autre pied, celui-ci est agité par une trépidation semblable à celle du pied du côté opposé, mais moins marquée.

Pas d'anesthésie. Pas de troubles de la vision. Pas de douleurs ovariennes appréciables.

Traitement. — Bromure de potassium, 2 gr.

28 *mars.* — Avec les phénomènes choréiformes qui persistent, existent aussi des vomissements bilieux, se répétant deux ou trois fois par jour. Glace et eau de Seltz. Le bromure de potassium est porté, à doses progressivement croissantes, jusqu'à 12 gr.

2 *avril.* — Cessation à peu près complète de vomissements. La trépidation continue.

12 *avril.* — Douches froides. On continue le bromure de potassium. La malade se trouve mieux; cependant la différence est peu sensible.

18 *avril.* — Elle est reprise de vomissements.

22 *avril.* — Les vomissements sont un peu arrêtés.

25 *avril.* — La malade sort, son état étant peu amélioré.

Obs. CLVII. — ***Hystérie convulsive. — Contractures multiples, même de la langue. — Accidents trophiques de la jambe gauche.***

La nommée J..., Clorinde, âgée de 21 ans, gantière.

Entrée le 2 juin 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 11.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 21 ans, gantière, offre les apparences d'une bonne constitution.

Elle fait remonter le début de sa maladie à l'âge de 15 ans. A cette époque, elle fut prise d'une grande frayeur, à la suite de laquelle elle eut une attaque semblable à celles qu'elle a présentées depuis. Ces attaques, qui se sont reproduites seulement cinq ou six fois dans l'espace de six ans, débutent par des douleurs lancinantes dans la tête au niveau des sourcils, et des bourdonnements d'oreille. Elle perd connaissance, s'agite, rend une urine sanguinolente, et ne garde aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Cette malade avait eu aussi à plusieurs reprises des hématémèses. Elle était mal réglée. Elle est très-sujette à éprouver le phénomène de la boule hystérique, et on a constaté pendant longtemps l'existence de la douleur hystérique de tête, désignée sous le nom de *clou* hystérique.

Il y a deux mois, elle se réveilla à la suite d'une attaque avec un pied varus-équin très-marqué à gauche. En même temps, la vessie fut paralysée ; il y eut de la rétention d'urine, qui dura trois mois. Les chirurgiens de l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles, où elle se trouvait à cette époque, pratiquèrent la ténotomie des fléchisseurs des orteils et du tendon d'Achille ; mais cette opération ne fut suivie d'aucun succès.

Le pied conserva son attitude vicieuse, malgré les appareils inamovibles, et après la section des tendons.

Le 28 septembre 1876, elle entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Rose, dans le service de M. Trélat.

A cette date, le pied gauche, outre la déformation, donnant l'apparence d'un pied-bot varus-équin, présentait un gonflement douloureux et une rougeur qui remontait jusqu'au tiers inférieur du membre. Une incision fut pratiquée, mais il ne sortit que du sang noir.

La rougeur s'étendit en augmentant d'intensité, jusqu'à

la moitié antérieure de la surface de la jambe et la région rotulienne. Sur ce fond rouge apparurent bientôt de petites vésicules contenant un liquide demi-transparent. Deux ou trois jours après, ces vésicules se rompirent et furent remplacées par des exulcérations de même dimension.

Celles-ci persistèrent jusqu'aux premiers jours du mois de février dernier. Pendant cette période, de nouvelles vésicules se développèrent ; elles étaient placées entre les premières, et elles passèrent par les mêmes phases. Il y a eu plusieurs poussées de ce genre.

Ces exulcérations s'étendaient du dos du pied à la partie inférieure de la cuisse, en respectant toute la moitié supérieure du membre. Elles étaient peu profondes, de forme ovalaire, à bords nets, à fond grisâtre, très-rapprochées les unes des autres et affectant une direction oblique de haut en bas et du dedans au dehors. Cette particularité dans la direction les rapprochait des formes circinées ou serpigineuses de certaines autres affections cutanées ; peut-être cette disposition est-elle en rapport avec les trajets du système capillaire sanguin.

Les ulcérations reposaient sur une peau d'un rouge sombre, en sorte qu'à la première vue on pourrait croire à une phlegmasie chronique traitée par des pointes de feu. Il n'existait aucune sécrétion anormale du derme, mais la peau était le siége d'une hyperesthésie très-marquée. Le membre reposait sur sa face interne, et, dès qu'on le soulevait, il était pris de trémulation ; les masses musculaires avaient conservé leur volume normal. La jambe gauche seule était contracturée; la peau du membre supérieur du même côté offrait une anesthésie complète (toucher, piqûres, pincements, froid et chaud). Troubles de la vue mal définis.

Au commencement de février, les accidents perdent de

leur intensité; à l'éruption vésiculaire fit suite une sorte d'éruption composée par des boutons d'urticaire, éruption marquée principalement à la région rotulienne ; les plaques pâlissent à leur tour et sont remplacées par des vésicules.

Douleurs très-vives dans la jambe gauche.

A ce moment, la malade réclamait l'amputation, tant ces douleurs étaient intenses. MM. Bernutz et Hardy la virent à cette époque. Ils prescrivirent des capsules d'huile phosphorée et des compresses d'eau chlorurée. Elle continua en même temps le traitement institué par M. Trélat : injections de morphine, et laudanum en applications locales.

Vers le milieu de février, nouvelle rétrocession des phénomènes ; puis, quinze jours après, nouvelle reprise des accidents : rougeur douloureuse, éruptions de petites vésicules miliaires, confluentes, qui disparaissent sans laisser d'exulcérations.

Enfin, dans les premiers jours de mars, tous les phénomènes morbides aigus ou subaigus disparaissent; la peau redevient à peu près normale. L'état général s'améliore. La malade peut mouvoir un peu ce pied et ses orteils ; l'anesthésie a disparu.

M. Trélat tente de réduire la déviation pendant le sommeil chloroformique ; à la suite de cette tentative, il y a reprise des accidents : déviation plus marquée du pied avec contracture; flexion forcée de la jambe sur la cuisse; rétention complète d'urine. Les troubles trophiques du côté de la peau ne se sont pas reproduits.

État général mauvais. L'appétit est perdu; il existe un affaiblissement général très-marqué.

Le 2 juin 1877, elle passe en médecine dans le service de M. Vulpian.

État actuel. — Le jour de son entrée, la malade est dans l'état suivant :

Jeune fille brune, pâle, assez maigre. — Elle est obligée

de garder constamment le lit, à cause d'un état paralytique des deux membres inférieurs. Les deux jambes ont conservé à peu près leur volume normal, ou au moins, si elles ont subi un amaigrissement, la diminution des masses musculaires n'est pas plus prononcée que dans les autres parties du corps.

Les membres inférieurs sont contracturés. La jambe est fléchie sur la cuisse, et, même en déployant une assez grande force, il est impossible de pouvoir l'étendre. — Les deux pieds sont dans l'extension ; l'extension du pied gauche est tel que celui-ci a la forme d'un pied-bot varus-équin; d'ailleurs, dans tous les segments du membre, la contracture est plus accentuée que du côté droit. Hémianesthésie gauche complète. Les divers modes de sensibilité sont tous atteints. Les sens spéciaux, de ce côté (œil, nez, oreille, langue), sont dans le même cas. — Sur le segment inférieur de ce membre gauche existent les cicatrices des ulcérations signalées plus haut. Chaque jour, on est obligé de sonder la malade. Les urines sont un peu purulentes; elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

La malade, très-intelligente, répond parfaitement aux questions qu'on lui adresse. Son caractère est mobile, fantasque; elle pleure fréquemment, sans aucune espèce de motif; elle accuse une oppression assez habituelle, due, dit-elle, à une boule qui part de la région épigastrique et qui remonte à la gorge.

Hyperesthésie ovarienne gauche. On peut provoquer une sorte de crise avortée en exerçant une pression un peu vive à ce niveau.

L'appétit est presque nul. — Sueurs abondantes toutes les nuits. On donne deux pilules de sulfate d'atropine de 1/2 milligramme chacune.

L'usage des pilules est continué pendant huit jours; les sueurs sont toujours aussi abondantes. On donne trois

pilules, huit jours de suite. Au bout de ce temps, la sécrétion sudorale étant aussi abondante, on donne successivement quatre pilules, puis cinq. Peu à peu, les sueurs disparaissent.

Le 25 *juin*, on cesse l'usage des pilules d'atropine.

Il n'existe, à cette époque, presque aucune modification dans l'état général de la malade. — Même état paraplégique; même anesthésie gauche, seulement il est survenu de l'hyperesthésie dans tout le côté droit du corps. On est toujours obligé de sonder la malade.

28 *juin*. — La malade s'amaigrit de jour en jour. Douleurs névralgiques, faciales, droites. Commencement d'eschare au sacrum. On donne quatre pilules de nitrate d'argent de 1 centigramme.

2 *juillet*. — La malade a eu une attaque convulsive pendant la nuit. Ce matin, elle est dans un état complet de prostration. La langue est contracturée, ainsi que le bras droit. Le bras, de ce côté, est fléchi sur l'avant-bras. Le poignet, également dans la flexion forcée, est incliné vers le bord cubital du bras. Hyperesthésie généralisée dans tout le côté droit du corps. Douleurs névralgiques violentes le long du nerf cubital droit. On pratique des injections sous-cutanées de morphine.

4 *juillet*. — On supprime les pilules de nitrate d'argent, et on donne des pilules d'extrait thébaïque, de 5 centigrammes, jusqu'à cinq par jour.

10 *juillet*. — Pas de changement dans l'état de la malade. Suppression de l'opium : 4 grammes de bromure de sodium.

12 *juillet*. — On remplace le bromure de sodium par celui de potassium; on donne également 4 grammes.

13 *juillet*. — Crise convulsive pendant la nuit. Le bras gauche est aujourd'hui contracturé : bras fléchi, à angle droit, sur l'avant-bras; main fléchie sur le bras. On fait

passer, pendant deux heures, des courants continus le long du rachis; en outre, la malade prend deux grammes de choral. On n'a pu en faire prendre une plus grande quantité à cause de l'état de contracture de la langue. La contracture, presque généralisée à tous les muscles, ne subit pas de modifications. Il en est ainsi les jours suivants.

16 *juillet.* — Le bromure de potassium est remplacé par celui d'ammonium (même dose, 2 grammes).

Dans l'après-midi, la malade est prise d'une sorte d'état syncopal, avec vomissements abondants. Cet état dure de 3 heures à 5 heures.

18 *juillet.* — L'état de contracture persistant toujours et semblant même s'aggraver, M. Vulpian pratique une cautérisation ponctuée, au niveau de la région de la nuque, avec le cautère Paquelin.

20 *juillet.* — Aucune modification. Nouvelle cautérisation. La malade maigrit toujours. L'eschare du sacrum s'est un peu étendue. On la panse avec de la charpie imbibée de vin aromatique. On place la malade sur un matelas d'eau.

26 *juillet.* — Suppression de tous les médicaments. On se contente de faire des injections sous-cutanées de morphine (6, 8, puis 10 centigrammes par jour).

28 *juillet.* — La contracture du bras gauche a un peu diminué; pas de modifications dans les autres parties.

1er *août.* — La malade, qui jusqu'alors avait été sondée deux fois par jour, a maintenant de l'incontinence d'urine. On s'est assuré qu'elle n'urinait pas par regorgement. L'eschare du sacrum s'est considérablement étendue; elle est très-profonde.

3 *août.* — La langue est un peu moins contracturée; la malade, qui depuis longtemps ne pouvait boire qu'un peu de bouillon, mange du potage. Son état général est meilleur ; l'eschare est moins large et tend vers la cicatrisation.

5 *août.* — Les autres régions contracturées sont toujours dans le même état. On essaye la compression de la région ovarienne gauche. Par ce moyen de traitement, on arrive à diminuer un peu la contracture, mais très-momentanément.

6 *août.* — La malade est mieux. L'eschare du sacrum est en voie de guérison. La contracture des bras est presque nulle; celle des jambes persiste encore, quoique affaiblie. La langue a presque recouvré sa mobilité normale. On exerce encore la compression ovarienne pendant dix minutes environ.

8 *août.* — Le mieux se maintient. On peut, en déployant une certaine force, étendre les jambes. On les place dans des gouttières.

10 *août.* — La malade, sensiblement améliorée, est évacuée sur un autre service, à cause des travaux de réparation de la salle.

Obs. CLVIII. — *Attaques d'hystéro-épilepsie. — Hyperesthésie ovarienne. — Hémianesthésie gauche incomplète.*

La nommée V..., Annette, âgée de 29 ans, relieuse.

Entrée le 16 décembre 1876, salle Sainte-Madeleine, lit n° 14.

Renseignements. — Cette malade a déjà été dans le service cette année. Depuis qu'elle est sortie (23 septembre), elle ne s'est bien portée que pendant trois semaines environ.

Vers le milieu d'octobre, elle a éprouvé de vives contrariétés. Bientôt elle a été prise d'étourdissements revenant tous les jours, quelquefois deux ou trois fois dans la journée; de plus, elle ressentait, en même temps, une douleur très-vive dans la région ovarienne gauche. La malade sentait alors comme une faiblesse; cependant elle avait en général le temps de s'asseoir. Une fois cependant, elle est tombée sur son poêle. Elle a eu quelquefois des pertes

de connaissance absolue, lors des petites crises. La malade se sentait comme étouffée, mais ne gesticulait pas.

L'étourdissement durait à peu près dix minutes.

Céphalalgie frontale vive. La malade sent comme des fourmillements continuels dans sa tête.

Etat actuel. — Femme petite, bien portante en apparence.

L'anesthésie du membre supérieur gauche est toujours à peu près la même qu'autrefois. La malade sent les contacts avec pression, mais la sensibilité à la douleur (pincement) est encore très-obtuse. La sensibilité au pincement et à la piqûre est également très-diminuée; il faut pincer ou piquer la malade assez profondément pour qu'elle accuse de la douleur. La sensibilité à la température (verre d'eau froide) est notablement diminuée. La malade dit ne sentir qu'une très-légère différence de température, du côté malade, entre un verre d'eau froide et une main très-chaude.

L'anesthésie, au membre inférieur gauche, est moins marquée qu'au membre supérieur; non-seulement les contacts sont tous perçus sur le membre inférieur, mais il n'est pas besoin de piquer aussi profondément avec l'épingle pour éveiller de la douleur.

La sensibilité à la température (dos de la main) est très-obtuse.

Sur la moitié gauche de la face, tous les contacts sont perçus, et la douleur est ressentie avec une pression légère de l'épingle ; cependant, à pression égale, la malade accuse une sensation passablement plus vive à droite qu'à gauche.

La différence de force est encore très-accusée entre les deux mains. La main gauche serre beaucoup moins énergiquement que la droite. La jambe gauche est aussi plus faible que la droite ; la malade ne peut pas s'appuyer dessus. Léger degré d'anesthésie.

La malade dit avoir en outre des insomnies, qu'elle attribue à une sensation d'agacement dans les jambes, qu'elle éprouve quand elle est couchée.

La langue, un peu tremblante, n'est pas déviée ; elle sent un peu moins sur la moitié gauche de cet organe.

Depuis quelque temps, la malade a parfois de la peine à trouver ses mots (elle a déjà éprouvé ce phénomène à la suite des premières attaques).

Différence assez légère dans l'acuité de la vision ; l'œil gauche voit moins distinctement que le droit.

Les mêmes caractères distingués à la distance de cinq pas par l'œil droit sont lus à la distance de quatre à peu près par le gauche.

Différence plus marquée pour l'olfaction entre les deux narines. Il faut rapprocher trois ou quatre fois plus de la narine gauche que de la droite des flacons d'éther, de chloroforme, de menthe, pour que la malade sente quelque chose.

Le tic-tac de la montre est perçu à 30 centimètres à peu près par l'oreille droite, et à 15 centimètres par l'oreille gauche.

Traitement. — On donne 4 grammes de bromure de potassium. Vin de quinquina.

20 *décembre.* — Le simple contact n'est perçu nulle part dans tout le côté gauche ; le contact avec faible pression est perçu presque partout ; sur le dos de la main et la face postérieure de l'avant-bras, il faut appuyer un peu plus fort qu'ailleurs pour que la malade sente. Dans ce même côté gauche, la piqûre est à peine perçue. Il en est de même du pincement. La sensibilité au froid est également assez notablement diminuée.

21 *décembre.* — Au dynamomètre, avec la main droite, la malade amène 42, à gauche seulement 20.

Le pinceau électrique excite des douleurs assez vives sur

la peau de la main et de l'avant-bras gauche. Le contact du pinceau devient insupportable quand on tire la moitié du tube de renforcement. Après l'électrisation, la sensibilité au pincement, explorée dans la région de la peau qui a été électrisée, paraît être un peu plus vive qu'auparavant, mais rien de très-net. On continue à électriser tous les matins l'avant-bras et la main gauche.

27 *décembre.* — Même état ; on continue l'électrisation ; il n'y a toujours pas d'autres changements que ceux signalés plus haut pour la sensibilité, après l'électrisation. Pas de changement au dynamomètre.

29 *décembre.* — Même état pour la sensibilité. Toujours pas de retour bien prononcé de la sensibilité après l'électrisation. Celle-ci détermine sur les avant-bras, la main et surtout sur les doigts une sécrétion abondante de sueur.

La malade se plaint d'être beaucoup plus sourde de son oreille gauche. Il faut mettre la montre presque contre sa tête pour qu'elle l'entende, tandis qu'il y a dix jours elle l'entendait à 15 centimètres, et cependant il n'y a pas d'accumulation de cerumen dans le conduit auditif.

La malade quitte l'hôpital, au commencement du mois de janvier, à peu près dans le même état que lors de son entrée à l'hôpital.

Obs. CLIX. — *Chorée. — Traitement par le bromure de potassium. — Guérison.*

La nommée C..., Félicie, âgée de 10 ans et demi, venue à partir du 24 décembre 1876 à la consultation de l'hôpital de La Charité.

Renseignements. — Enfant d'aspect lymphatique. Pas d'antécédents strumeux. Ni maux d'yeux, ni croûtes dans les cheveux, ni adénites. A l'âge de deux ans, diarrhée ayant duré longtemps ; fièvre typhoïde, il y a trois ans. Rougeole l'année dernière.

Il y a un mois, la malade se plaignit de douleurs dans les genoux, et, presque au même moment, sa mère s'aperçut qu'elle avait des mouvements involontaires (il est impossible de savoir si la petite fille a eu de vrais accidents rhumatismaux). D'après la mère, elle aurait toujours été très-nerveuse.

Jamais d'attaques de nerfs ni de perte de connaissance.

Etat actuel. — Mouvements choréiques types ; le bras gauche est le plus agité ; mais il y a aussi des mouvements assez marqués dans le bras droit et dans les jambes.

La malade ne peut rester debout sans bouger. Chorée assez marquée de la langue ; la malade la projette de temps en temps hors de la bouche, et, quand on la lui fait tirer, sortir, celle-ci est agitée de contractions fibrillaires.

Un peu de céphalalgie. Pas d'anesthésie. Fonctions digestives bonnes. Aucun point douloureux ; pas de névralgies.

Cœur. — *Poumons.* — Normaux.

Traitement. — 2 gr. de bromure de potassium ; on augmente de 1 gr. au bout de deux jours, et lorsqu'on est arrivé à 6 gr. on diminue, tous les jours, d'un gramme, jusqu'à ce qu'on soit revenu à la dose de 2 gr., puis on cesse le traitement deux jours, pour recommencer une nouvelle série de doses pareille à la première, et ainsi de suite.

25 *décembre.* — La malade est arrivée à prendre 4 gr. de bromure.

Les mouvements choréiques ont diminué. Presque plus de chorée de la langue. La malade a pu se remettre à coudre depuis deux jours. On continue le bromure en allant jusqu'à 6 gr.

Janvier 1877. — Pendant le mois de janvier, la malade continue le bromure de potassium, en suivant la prescription indiquée plus haut.

Le 1er février, la malade était guérie ; les mouvements

choréiques avaient complétement disparu ; l'état général était très-satisfaisant.

ARTICLE SECOND.

Paralysie agitante.

La maladie de Parkinson, depuis les recherches de MM. Vulpian et Charcot, les belles leçons de celui-ci à la Salpêtrière, et les travaux qu'il a inspirés à quelques-uns de ses élèves, est aujourd'hui une de celles dont l'histoire clinique est le mieux établie. Cependant, comme il s'agit d'une maladie qui n'est pas très-commune, au moins dans ses plus hauts degrés d'intensité, il est bon de recueillir encore des faits pour les comparer à ceux qui ont déjà été publiés, pour confirmer les points acquis, et pour chercher s'il n'y en aurait pas d'autres à mettre en lumière. C'est là ce qui m'engage à consigner ici les deux observations suivantes.

— L'observation CLX concerne un malade âgé de 52 ans, qui a occupé dans le monde une assez haute position artistique. Cet homme, d'un caractère très-violent, très-emporté, était sujet à de fréquents accès de colère, et il ne pouvait maîtriser ses emportements. Il a abusé de l'alcool et du tabac.

En 1867, à la suite d'un de ses accès de colère, il ressentit tout d'un coup, dans le bas de la région lombaire, de grandes douleurs. Quelque temps après, sa main droite fut agitée par un tremblement involontaire ; ce tremblement, à cette époque, n'était pas constant, mais il se reproduisait fréquemment sous l'influence des émotions morales vives. On reconnaît là le fait étiologique, presque constant, indiqué par les auteurs.

Deux ans après, en 1867, le tremblement de la main droite devint continu, et en même temps la jambe droite se mit à trembler, surtout quand le malade appuyait sur cette jambe. Très-peu de temps après, il éprouva de la propulsion irrésistible, et bientôt une grande raideur envahit les membres affectés. Les orteils du pied droit, les doigts des mains se déformèrent.

En 1872, mais très-progressivement, la main gauche d'abord, et la jambe gauche ensuite se mirent à trembler. Les muscles s'atrophièrent; tous les membres, sous l'influence de la contracture, se déformèrent. Les mains et les pieds, en particulier, ressemblaient à des mains et à des pieds de malades atteints ou d'atrophie musculaire, ou de rhumatisme noueux. Bientôt la propulsion augmenta.

Jusque-là, les facultés génésiques avaient été très-surexcitées, comme au début de la maladie; elles s'éteignirent bientôt tout à fait. Ce point intéressant, comme le faisait remarquer M. Vulpian, n'a pas encore été signalé. L'intelligence, pendant tout ce temps, demeura absolument intacte; la mémoire des chiffres seule avait en partie disparu.

Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, on constata tous les symptômes classiques de la paralysie agitante : l'immobilité de toutes les articulations du corps, due à la contracture des muscles; la fixité du regard, l'expression particulière du facies; le tremblement pathognomonique; les sensations pénibles de chaleur; la salivation, etc.; de plus, on nota un amaigrissement général de tout l'appareil musculaire, porté à un point tel qu'on aurait pu se croire, à un examen superficiel, en présence d'une véritable atrophie musculaire. M. Vulpian insistait beaucoup sur ce signe; il ne l'avait jamais vu aussi prononcé. Les muscles d'ailleurs répondaient bien à l'excitation électrique (courants induits).

On fit d'abord prendre au malade du chloral à hautes doses,

puis de l'arséniate de soude, du bromure de potassium, puis de l'iodure de potassium. On essaya aussi l'huile phosphorée. On le soumit à l'électrisation faradique, aux cautérisations ponctuées, le long de la colonne vertébrale ; malgré tout, la maladie progressa ; les phénomènes se déroulèrent en suivant leur marche habituelle, et, le 15 avril, le malade mourait d'infection putride, conséquence des vastes eschares qui s'étaient développées dans toutes les régions soumises à une pression un peu intense et continue.

L'autopsie a été à peu près négative ; il en a été de même jusqu'à présent, on le sait, dans tous les cas de paralysie agitante bien franche dans lesquels l'examen microscopique a été pratiqué. On s'est assuré avec soin de l'état des articulations, des muscles, des nerfs ; tout a été trouvé sain. L'examen histologique des faisceaux musculaires primitifs, ainsi que des terminaisons nerveuses dans ces derniers, n'a rien appris de particulier ; l'étude anatomique de tous les organes n'a révélé presque aucune lésion. Cependant il ne faut pas oublier de mentionner les traces de méningite chronique trouvées sur la convexité des hémisphères. Les vastes suppurations causées par les eschares ont sans doute produit de l'infection putride. La température peut d'ailleurs s'élever très-notablement dans les derniers jours de la maladie dans des cas de ce genre, sans qu'il y ait, soit de l'infection putride, soit de l'infection purulente, soit une phlegmasie quelconque. J'ai vu, avec M. Charcot, de ces malades mourir ayant, cinq à six jours de suite, 40° ou 41° dans l'aisselle. A l'autopsie, on ne constatait rien, absolument rien dans les organes splanchniques, et il n'y avait pas de surface suppurante.

— L'observation CLXI est celle d'une femme âgée de 39 ans.

Dans les premiers temps de son mariage, elle contracta

la syphilis. La malade donne à cet égard des renseignements circonstanciés.

Il y a six ans, à la suite d'une violente discussion avec son mari, elle eut une sorte d'attaque pendant laquelle elle perdit connaissance vingt-quatre heures environ. Puis survinrent des douleurs très-vives le long de la colonne lombaire, dans la jambe gauche, et bientôt un tremblement léger, continuel, agita le pied gauche. Le 24 décembre 1876, après s'être querellée de nouveau avec son mari, elle eut, dit-elle, une nouvelle attaque semblable à la première. Le tremblement du pied gauche augmenta alors insensiblement, puis ce fut le tour du pied droit; les mains elles-mêmes ont été, déjà à cette époque, un peu atteintes.

L'examen de la malade, lors de son entrée à l'hôpital, montra les symptômes aujourd'hui si bien connus de la paralysie agitante; mais, avec cette particularité digne d'être signalée, comme le faisait observer M. Vulpian : un des signes caractéristiques de la paralysie agitante, le tremblement avec ses caractères bien spéciaux, existait sous forme paraplégique; il n'occupait guère que les membres inférieurs; les mains étaient en effet agitées par un tremblement si léger, qu'il pouvait à peine être perçu.

La marche augmentait de beaucoup le tremblement des membres inférieurs. En raison de son existence, comme en raison de la contracture musculaire soudant, pour ainsi dire, les rayons osseux les uns aux autres, phénomène peut-être le plus important dans l'histoire de la paralysie agitante, on aurait pu croire, comme cela est arrivé à plusieurs médecins qui ont examiné cette malade, à l'existence d'une affection médullaire chronique. L'intérêt de cette observation est tout entière dans la localisation spéciale du tremblement. J'ai montré ailleurs, par des exemples pris à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Charcot, que les symptômes, comme il l'avait

enseigné, pouvaient occuper le bras seul ; le bras et la jambe, sous la forme hémiplégique, etc.

Chez notre malade, sous l'influence de l'électrisation par les courants faradiques et de l'iodure de potassium, à la dose de 2 gr. par jour, il a paru se produire un léger amendement dans son état. Dans tous les cas, quand elle est revenue dans le service, au mois d'août, sa situation ne s'était pas aggravée, ce qui, dans l'espèce, peut être considéré comme un progrès, la marche ascensionnelle et progressive des accidents étant la règle.

OBSERVATIONS

Obs. CLX. — *Paralysie agitante. — Inefficacité du traitement. — Infection putride par suite de la production de larges eschares. — Autopsie.*

Le nommé R..., âgé de 52 ans, dessinateur industriel.

Entré le 31 décembre 1876, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 18.

Antécédents. — Ce malade habite Paris depuis 1837. Il est dessinateur industriel ; jamais il n'a eu à subir de sérieuses privations. Sans être d'une très-forte constitution, il s'est néanmoins toujours bien porté. Il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire. Aucune affection nerveuse dans son enfance.

Il n'y a pas d'antécédents syphilitiques, mais il reconnaît avoir abusé des boissons spiritueuses presque journellement, sans cependant pousser cet abus jusqu'à l'ivresse complète ; il reconnaît également avoir fait un usage immodéré de tabac.

Il est, dit-il, d'un caractère emporté ; il était sujet à de

violents accès de colère qui le faisaient beaucoup souffrir.

Son père paraît avoir été rhumatisant et serait mort d'une maladie de cœur. Sa mère est morte d'une maladie sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement.

Le malade a huit enfants, qui, dit-il, se portent parfaitement bien et ne présentent aucun symptôme d'affection nerveuse.

En 1867, pendant un violent accès de colère, il ressentit dans le bas de la région lombaire de vives douleurs ; quelque temps après, il s'aperçut que sa main droite commençait à trembler. Ce tremblement cessa, pour se reproduire de temps en temps après des émotions morales vives.

En 1869, le tremblement de la main droite devint continu, et en même temps la jambe droite se mit à trembler, surtout quand le malade appuyait sur cette jambe. Il était obligé de marcher à droite sur la pointe du pied et avait grand'peine à garder l'équilibre.

En marchant, il était en quelque sorte poussé en avant, et il accélérait le pas pour ne pas tomber ; il ne parvenait à s'arrêter qu'en s'accrochant à un objet résistant. Bientôt, le malade ressentit une grande raideur dans les membres affectés, et déjà la tête et le tronc commencent à s'incliner en avant.

Il éprouvait en même temps une douleur au niveau de la partie moyenne du bord spinal de l'omoplate droite et au niveau de la fesse droite ; cette douleur persiste d'ailleurs encore aujourd'hui. Ensuite, il vit les orteils de sa jambe droite se fléchir en griffe et la main droite se déformer.

En 1870, il entre dans le service de M. Sée, qui lui ordonne du bromure de potassium et des bains. Il y reste six mois et est traité ensuite chez lui.

A cette époque apparurent sur sa nuque des plaques d'un rouge violacé qui devenaient beaucoup plus nettes sous l'influence du froid.

Vers 1872, mais très-progressivement, il s'aperçoit que la main gauche, puis la jambe gauche se mettent à trembler. Puis il voit peu à peu les membres du côté gauche s'atrophier et se déformer comme ceux du côté droit. Alors la marche devient plus difficile, mais non impossible. La tête et le tronc sont penchés en avant ; le phénomène de propulsion est beaucoup plus marqué. Le malade était aussi atteint de dyspnée, qui est toujours allée croissant.

Vers 1874, sa vue diminue (mais peut-être cela vient-il de l'emploi du chloral à hautes doses, 6, 8 gr.).

En même temps, les facultés génésiques, surexcitées au début de sa maladie, diminuent et ne tardent pas à disparaître complétement. De plus, il s'exprime plus difficilement qu'auparavant. Son intelligence, dit-il, est absolument intacte, mais parfois la mémoire lui fait défaut, surtout lorsqu'il s'agit de chiffres. Le sommeil, très-interrompu (le malade se réveille d'heure en heure), est toujours accompagné de rêves. Depuis trois mois environ, le malade ressent au niveau de la partie antérieure du crâne de vives douleurs. Le malade a été apporté sur un brancard à l'hôpital. Il ne peut plus se lever depuis un an environ.

État actuel. — En apparence, la santé générale est assez bonne. Fonctions digestives, circulatoires et respiratoires, normales ; toutefois le malade se plaint d'une grande oppression presque constante. L'auscultation et la percussion n'indiquent aucun état pathologique des principaux organes ; cependant les artères, principalement la radiale gauche, sont athéromateuses.

L'amaigrissement est assez notable ; tout le système musculaire, surtout celui des membres, est en train de s'atrophier. Décubitus dorsal constant.

Le regard est fixe ; les muscles de la face sont immobiles. Tous les muscles sont dans un état de semi-con-

tracture, surtout les muscles fléchisseurs et les muscles de la région antérieure du cou; aussi la tête, un peu inclinée en avant, est-elle en quelque sorte fixée dans cette position.

Le malade, couché sur le dos dans son lit, est agité par un tremblement continuel siégeant dans les membres supérieurs et dans les membres inférieurs.

Membres supérieurs. — Les muscles des membres supérieurs sont dans un état de demi-contracture; les avant-bras, légèrement fléchis sur les bras; les mains, fléchies sur les avant-bras ; de plus, elles sont légèrement inclinées vers le bord radial du bras.

Les mains présentent une déformation particulière. Le pouce et l'index sont allongés et rapprochés l'un de l'autre, comme pour tenir une plume à écrire, pour effilocher de la laine; les doigts sont inclinés vers la paume de la main et légèrement déviés vers le bord cubital. La deuxième phalange, étendue fortement sur la première, donne à la main un aspect particulier ressemblant à celui qu'elle prend dans certains cas de rhumatisme noueux. Les mains sont considérablement amaigries; l'atrophie des interosseux, des muscles de l'éminence thénar et hypothénar est assez prononcée.

Les muscles de l'avant-bras, du bras, de l'épaule, ainsi que les pectoraux, sont diminués de volume. Les membres supérieurs sont agités d'un tremblement continu, rhythmique et menu. Ce tremblement s'exaspère par moments, quand on interroge le malade, quand il est en proie à une émotion morale quelconque, dans les mouvements voulus ; parfois, d'ailleurs, il survient des espèces de crises de redoublement, qui éclatent spontanément sans cause appréciable. Ce tremblement disparaît pendant le sommeil naturel et pendant le sommeil provoqué par le chloral.

Quand la main repose sur le lit, le tremblement, quoique un peu diminué, ne disparaît nullement; le pouce, frottant

contre l'index, semble rouler une boulette; tous les autres doigts s'agitent en même temps.

Le malade ne peut se mouvoir au lit qu'avec une lenteur excessive, et d'ailleurs la rigidité de ses membres est telle qu'elle ne lui permet que des mouvements circonscrits et saccadés. Il ne peut ni s'asseoir, ni se tourner sur un côté ou sur l'autre.

La puissance musculaire est considérablement diminuée, et le malade ne serre que très-faiblement la main qu'on lui présente, surtout à droite.

Puissance dynamométrique. — Main droite, 35; main gauche, 45.

Les *membres inférieurs* sont amaigris, surtout à droite. L'atrophie porte plus spécialement sur les jambes. La rigidité des membres inférieurs est très-grande; ils sont dans la demi-flexion, et l'on éprouve une certaine difficulté à les fléchir ou à les étendre.

Les genoux tendent à se rapprocher l'un de l'autre dans un mouvement d'adduction, et on est obligé de placer un drap plié en plusieurs doubles entre les membres inférieurs pour empêcher autant que possible la douleur produite par les chocs saccadés des genoux l'un contre l'autre.

Les pieds, raides, étendus, amaigris, sont dirigés en dedans et rappellent assez un pied-bot varus-équin. Les orteils sont relevés et recourbés de façon à figurer exactement une griffe, à cause de l'extension des phalanges et de la flexion concomitante des phalangines.

Le pied droit est agité de tremblements saccadés, continuels; le tremblement du pied gauche est beaucoup moins marqué et n'est pas constant.

La puissance musculaire, quoique diminuée considérablement, n'est pas abolie, et le malade peut encore mouvoir volontairement ses membres inférieurs, avec une extrême lenteur il est vrai.

La *contractilité musculaire* et la *sensibilité générale* sont intactes.

Le malade ressent, de temps en temps, des douleurs vives dans certains groupes de muscles ; la douleur au niveau de l'omoplate et de la fesse à droite, signalée dans les antécédents, persiste.

Il se plaint de douleurs vives dans la tête, surtout au niveau de la partie inférieure de la région frontale.

Il ressent parfois d'assez vives douleurs dans la vessie ; toutefois il urine facilement, et la quantité d'urine excrétée est normale.

Il éprouve le besoin de *changer fréquemment de position ;* il a une *sensation habituelle de chaleur* très-pénible par moments, et, dans les crises d'exacerbation de tremblement, sa peau se couvre d'une sueur abondante.

L'*intelligence* est intacte ; mais la *mémoire*, surtout celle des chiffres, est altérée, à tel point que le malade n'est pas toujours sûr de son âge, du nombre de ses enfants.

La langue, tirée hors de la bouche, est animée d'un léger tremblement ; le malade *parle lentement*, d'une façon saccadée, brièvement ; il semble que la prononciation de chaque mot coûte un assez grand effort de volonté. La *vue* est un peu affaiblie. L'*ouïe* est intacte.

L'odorat est complétement perdu depuis trois ou quatre ans. Le malade fait en même temps remarquer qu'il ne se mouche plus. Cette abolition de l'odorat paraît être la cause d'une altération légère du goût.

Depuis un an environ, le malade prenait chez lui tous les soirs 1 gr. de chloral environ.

Traitement. — On lui donne, depuis son arrivée dans le service, 4 à 5 gr. de chloral par jour. Pilules d'huile phosphorée (2 par jour).

6 *janvier.* — Le malade rend, à la suite d'un purgatif, une assez grande quantité de matières fécales dures et

anciennes. Grandement soulagé par cette évacuation, il s'aperçoit que son tremblement diminue beaucoup, presque aussitôt.

14 *janvier.* — La raideur générale a considérablement augmenté. Congestions céphaliques fréquentes.

17 *janvier.* — On cesse de donner des pilules phosphorées.

22 *janvier.* — Application de pointes de feu le long de la colonne cervicale.

28 *janvier.* — 3 pilules, arséniate de soude.

1er *février.* — L'excitation du malade diminue un peu depuis quelques jours. Iodure de potassium, 4 gr.

4 *mars.* — Sueurs abondantes. Le malade éprouve une sensation de chaleur constante (2 pilules acide arsénieux à 1 milligr.). Congestions céphaliques.

12 *mars.* — Le malade souffre beaucoup dans les membres et les jointures. Des eschares commencent à se former au niveau des deux grands trochanters, au niveau des malléoles externes et du sacrum. 2 pilules de belladone à 5 milligr.

15 *mars.* — Les eschares des endroits précités sont presque entièrement tombées et sont remplacées par des ulcérations sécrétant un liquide sanieux.

20 *mars.* — Une eschare se forme en dedans de l'angle de la mâchoire, à droite, au niveau de la glande sous-maxillaire ; une autre eschare se forme aussi sur le bord antérieur de la clavicule, à sa partie moyenne. Ces deux eschares proviennent du frottement perpétuel de la tête et de l'angle de la mâchoire sur la partie antérieure de la clavicule.

28 *mars.* — La contracture des membres et du cou augmente ; le malade maigrit énormément et est dans un demi-coma presque perpétuel.

2 *avril.* — Le malade sommeille toujours ; il ne répond

plus aux questions qu'on lui pose. Le tremblement diminue, mais la contracture augmente. Depuis quelques jours, il a des frissons répétés, durant souvent une demi-heure ; la température axillaire est de 40°.

15 *avril.* — Il meurt dans le coma.

Autopsie. — Eschares sur les malléoles, larges comme des pièces de cinq francs. Sur les deux grands trochanters, eschares énormes ayant la largeur des deux mains. Toutes les surfaces occupées par les eschares sont grisâtres ; il s'en écoule un liquide sanieux très-abondant.

Les tissus sous-jacents, au niveau de l'angle de la mâchoire droite, sont gangrenés ; la peau qui recouvre la face antérieure de la clavicule correspondante est escharifiée également par suite de la pression de l'angle de la mâchoire contre cette région.

Cavité thoracique et abdominale. — Cœur. — Poumons. — Sains. Il en est de même de tous les viscères abdominaux.

Système nerveux. — Plaques de méningite chronique sur la convexité des hémisphères. Ces plaques sont peu étendues, peu épaisses ; elles sont nombreuses, surtout à la région frontale.

Le *cerveau* est sain. Il en est de même de l'isthme, du plancher du quatrième ventricule et du bulbe rachidien.

La *moelle* n'offre aucun caractère anormal à l'œil nu. Examinée après durcissement convenable, elle ne présente aucune lésion reconnaissable.

Muscles. — Articulations. — Les articulations, même celles qui paraissaient le plus soudées, sont normales.

Les muscles, considérablement diminués de volume dans leurs masses, n'offrent rien de particulier. L'examen histologique des fibres musculaires et des terminaisons nerveuses ne fait rien découvrir d'anormal.

Obs. CLXI. — *Paralysie agitante limitée presque exclusivement aux membres inférieurs. — Amélioration sous l'influence du traitement par l'iodure de potassium.*

La nommée I..., âgée de 39 ans, brodeuse.

Entrée le 16 janvier 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 20.

Renseignements. — Père mort d'une maladie de cœur. La mère aurait succombé aux suites d'une affection hépatique de longue durée.

La malade était très-bien portante dans son enfance. Elle était, dit-elle, un peu nerveuse.

Elle a eu quatre enfants et a fait une fausse couche. Ses enfants vivent tous et se portent bien.

Étant mariée, elle se rappelle avoir eu des taches rougeâtres un peu sur tout le corps. Au bout de quelques mois, il lui survint des croûtes dans la tête, et elle perdit ses cheveux; maux de gorge; enfin, environ deux ans après ces accidents, apparition d'une grosseur qui s'est ulcérée au bout d'un assez long temps; elle en porte la cicatrice vers la moitié de la crête du tibia gauche. La cicatrice, large comme une pièce de cinq francs, est rayonnée. Au-dessus et à la face interne existe une exostose. L'ensemble de ces commémoratifs autorise à admettre que cette femme a été atteinte de syphilis.

Il y a six ans, à la suite d'une violente discussion avec son mari, elle perdit connaissance pendant vingt-quatre heures. Fièvre très-intense; trouble de la parole. Somnolence presque continue pendant cinq ou six jours; ces détails sont racontés par la malade.

Pendant les deux semaines qui suivirent, elle ressentit sur les côtés de la colonne vertébrale, depuis le cou jusqu'au bassin, des douleurs très-vives, lancinantes. Elle aurait eu en même temps des fourmillements et des douleurs en éclair dans la jambe gauche. Ces symptômes

s'amendèrent peu à peu, et il survint bientôt un tremblement léger, continuel, limité au pied gauche. Elle quitta le lit six semaines après cet accident; mais, depuis lors, les forces diminuèrent de jour en jour, et elle s'amaigrit.

Le 24 octobre 1876, à la suite d'une nouvelle querelle avec son mari, elle eut une attaque d'une moindre intensité que la première, mais en tous points semblable. Après cette nouvelle attaque, le tremblement du pied gauche augmenta sensiblement.

Il y a six mois, elle se mit à trembler légèrement des mains; la main droite a été prise la première. Depuis trois mois environ, la malade a toujours trop chaud; les travaux les moins pénibles la fatiguent et provoquent des sueurs abondantes; elle a de la tendance à courir et à tomber en avant. Dans le courant du mois de juillet, le tremblement du pied augmentant et la marche devenant plus difficile, elle évita les promenades en public; le pied droit se mit à trembler également. Les règles, supprimées depuis quatre mois, ont repris leur périodicité depuis le mois de décembre.

Etat actuel. — Femme brune, assez grande, en apparence bien portante. La malade étant examinée au lit, voici ce que l'on observe : Les mouvements de la tête et des membres ont leur amplitude et leur facilité normales. Les pieds simulent le pied-bot varus-équin : ils se meuvent alternativement d'avant en arrière, sans cesse agités par de petits mouvements de flexion et d'extension. Les différents segments des orteils s'étendent et se fléchissent les uns sur les autres. Bien que l'agitation ait d'abord apparu dans le membre inférieur gauche, celui du côté droit trémule davantage aujourd'hui; les genoux oscillent surtout de dedans en dehors. Les jambes sont fléchies sur les cuisses, à angle légèrement obtus; un peu de raideur lorsqu'on provoque la flexion ou l'extension de la jambe sur

la cuisse ; cependant ces mouvements s'accomplissent avec assez de facilité.

Si la malade immobilise les avant-bras, on remarque, dans les doigts, une trémulation *très-peu apparente.*

Le tremblement des membres thoraciques est en somme si peu accusé, qu'il semblerait de prime abord que l'agitation n'existe que dans les membres inférieurs.

Le tremblement est permanent dans l'état de veille ; il disparaît pendant le sommeil.

Le corps participe à l'agitation des membres inférieurs. La langue ne tremble pas. La force musculaire est assez bien conservée aux membres inférieurs.

Les émotions augmentent l'agitation.

Les yeux ouverts ou fermés, les mouvements ont la même régularité.

Les traits de la face sont un peu immobiles. Les masses musculaires ont conservé leur volume normal : tous les muscles se contractent par l'électrisation. Pas de céphalalgie ; pas de troubles de la vue ; appétit modéré.

La sensibilité générale et la sensibilité spéciale sont intactes sous tous leurs modes.

Lorsque la malade marche, elle penche le corps en avant ; elle sautille légèrement sur la pointe des pieds ; tremblement très-accusé des membres inférieurs ; il consiste en une série de flexions et d'extensions des pieds et de la jambe qui soulèvent le corps. Le tremblement est alors beaucoup plus marqué qu'au repos. Quelquefois la malade est entraînée en avant par un mouvement irrésistible, et elle tomberait si elle ne s'appuyait contre un soutien quelconque. Les mains ne tremblent pas.

Traitement. — 16 *janvier* 1877. — On donne 2 gr. d'iodure de potassium, que l'on continue les jours suivants.

18 *janvier.* — Le tremblement est un peu moins accusé. 2 gr. d'iodure de potassium.

20 *janvier*. — Continuation du traitement. On électrise la malade avec les courants induits.

La malade a eu des vomissements et de la diarrhée. Elle est un peu fatiguée.

22 *janvier*. — Continuation du traitement. Nouvelle séance d'électrisation.

28 *janvier*. — L'amélioration se maintient.

On électrise tous les deux jours les jambes ; le tremblement diminue peu à peu, mais cependant assez nettement.

15 *février*. — L'amélioration est nulle. Embarras gastrique.

19 *février*. — Les téguments présentent une teinte jaunâtre ; la sclérotique est normale. Fièvre et sueurs abondantes.

20 *février*. — Dans la nuit, coliques très-douloureuses ; constipation. Vomissements bilieux en assez grande quantité.

Teinte jaune sur tout le corps ; les sclérotiques sont également colorées. La région du foie et de l'épigastre est douloureuse à la pression. Pas d'augmentation du volume du foie.

24 *février*. — Constipation opiniâtre. Lavement à la glycérine ; la malade va à la garde-robe. Les urines sont brunes avec reflet verdâtre. L'acide azotique y montre les principes colorants de la bile.

26 *février*. — Les phénomènes de l'accès de colique hépatique, dont la malade vient d'être atteinte, se dissipent peu à peu ; il n'y a plus de douleurs abdominales ; la teinte de la peau est moins prononcée, et l'appétit renaît.

28 *février*. — Même état pour les symptômes de paralysie agitante.

5 *mars*. — La malade a été quatre jours sans être électrisée, et elle serait plus tremblante, d'après son dire.

18 *avril*. — Elle est sortie peu améliorée.

Dans les premiers jours du mois d'août, la malade est rentrée dans le service. L'état général est toujours bon. Le tremblement décrit précédemment persiste ; il n'a pas augmenté : il est toujours limité, presque exclusivement, aux membres inférieurs, car c'est à peine si de loin en loin on observe quelques oscillations rhythmiques dans les mains.

ARTICLE TROISIÈME.

Syncope locale des extrémités.

En 1862, M. le Dr Maurice Raynaud, dans sa thèse inaugurale, décrivit l'asphyxie locale et la gangrène symétrique des extrémités. Il a étudié, de nouveau, cette affection, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, à l'article Gangrène symétrique des extrémités, et dans un article paru dans les *Archives générales de médecine,* en 1874. M. le professeur Vulpian a consacré une partie de la vingt-septième leçon de son cours sur les vaso-moteurs, à la pathogénie de cette singulière névrose.

Au cours de cette publication, j'ai déjà eu l'occasion de signaler plusieurs cas de syncope locale des extrémités, l'un à propos du rhumatisme articulaire aigu, l'autre survenu chez une femme atteinte d'une chloro-anémie assez prononcée ; j'ajoute, ici, trois observations nouvelles.

— La première (obs. CLXII) est celle d'une femme âgée de 35 ans, qui a été réglée à l'âge de 16 ans et toujours très-régulièrement.

A part ce fait qu'elle a éprouvé quelques accidents rhumatismaux sans grande importance, et que, jeune, elle avait quelques-uns des attributs du tempérament hystérique, il n'y a rien de particulier à noter dans les antécédents.

Pendant longtemps, cependant, il lui vint des engelures

aux mains, aux pieds, et depuis lors elle a conservé aux avant-bras, aux mains, une teinte rougeâtre, vineuse, de la peau, avec épaississement marqué du derme. Aux pieds, autour des malléoles, semblables phénomènes existent. Au mois de février dernier, elle eut un embarras gastrique, et à partir de ce moment elle éprouva dans les membres, aux mains et aux pieds principalement, des douleurs sourdes, avec sensation de brisement, accompagnant un froid très-intense de ces extémités; depuis lors, elle fut toujours sous le coup de semblables accidents.

Le 20 avril, à la visite du matin, on constate que la malade, bien portante en apparence, à facies pâle, avec plaques rouges des pommettes, présente les doigts des mains, moins les pouces, complétement blancs, comme cadavériques; ils sont comme transparents, extrêmement froids; ils ne peuvent tenir aucun objet. La sensibilité tactile est absolument abolie; mais, si l'on pique la peau profondément, il y a une douleur très-vive, une véritable hyperesthésie. Sensation d'engourdissement très-pénible. Aux pieds, les phénomènes sont moins accusés; cependant la peau est froide, un peu engourdie.

Ce jour-là, les phénomènes ont duré une heure environ; ils se sont reproduits les jours suivants, pendant une période de temps variable.

Il importe de faire remarquer qu'il ne paraissait pas y avoir la moindre lésion du cœur ou des artères; tout au plus doit-on mentionner un souffle doux, anémique, à la base de cet organe et dans les vaisseaux du cou.

La malade a, pendant dix jours, pris successivement 4, 6, puis 8 gram. de bromure de potassium; il ne se produisit, dans son état, aucune amélioration. M. Vulpian eut alors l'idée d'employer le sulfate de quinine; on donna d'abord 1 gram. par jour, puis 1 gram. 50 centigram. Sous l'influence de ce traitement, continué jusqu'à la fin du mois

de mai, la malade quitta l'hôpital, absolument guérie de ses accidents d'onglée ; son état général était bien meilleur.

— La deuxième observation (obs. CLXIII) est presque identique à la première, à tous les points de vue.

Elle concerne une jeune femme de 23 ans, qui, elle aussi, a toujours été réglée très-régulièrement ; j'insiste sur ce détail, parce qu'on a fait jouer un certain rôle à la menstruation, relativement à la pathogénie de la maladie.

A son entrée à l'hôpital, 14 janvier, la malade souffrait déjà de ses mains depuis six semaines ; elle éprouvait alors des fourmillements, des engourdissements très-accentués ; en même temps, elle avait des douleurs dans les poignets, les avant-bras, les coudes sans gonflement articulaire.

Les phénomènes continuant, les doigts devenaient tout à fait insensibles ; la peau était d'abord cyanosée, puis elle devenait complétement blanche, exsangue. Du côté des membres inférieurs, mêmes accidents aux doigts des pieds ; seulement ces accidents sont moins accusés.

Les attaques de syncope locale, chez cette malade, dont nous avons été bien des fois témoins à l'hôpital, ont toujours ressemblé à celle qui vient d'être indiquée ; seulement, suivant les jours, elles duraient plus ou moins longtemps.

Le traitement institué par M. Vulpian a été le même que dans le cas précédent : bromure de potassium d'abord, sulfate de quinine ensuite ; l'administration de ce dernier sel a produit assez vite le même résultat heureux que précédemment.

— Les deux malades dont je viens de rapporter brièvement l'histoire étaient l'une et l'autre un peu nerveuses ; celle de l'observation CLXIV a présenté des manifestations assez nettes d'hystérie, quelques mois avant l'apparition des phénomènes de syncope locale des extrémités.

Vers la fin du mois de mars, cette femme, âgée de 30 ans, couchait dans une petite chambre humide et mal close ; elle fut prise de douleurs assez vives dans les deux membres inférieurs, douleurs vagues, mal limitées, sans gonflement des articulations. Dans la nuit du 4 au 5 mai, elle accoucha, à terme, d'un enfant bien portant ; au bout d'une quinzaine de jours, elle eut une véritable attaque de rhumatisme, avec gonflement douloureux des épaules, des coudes et des poignets. Quatre à cinq jours après, alors que les douleurs étaient presque apaisées, elle vit ses doigts devenir, peu à peu, faibles, inhabiles ; en même temps, les dernières phalanges des extrémités digitales étaient froides, insensibles, comme mortes ; de plus, pendant que ces phénomènes se produisaient du côté des doigts, elle éprouvait dans les mains, les poignets, une sensation de fourmillements assez pénibles, avec élancements douloureux au bout des doigts, et la peau de ces régions (main entière) se couvrait d'une *sueur très-abondante.*

Ces divers symptômes ont été plusieurs fois vus pendant le court séjour que la malade a fait à l'hôpital. Il fut facile de constater alors que la pulpe des doigts, blanche et froide, était comme calleuse ; il en était ainsi de tout l'épiderme de la paume de la main, qui semblait absolument être macéré dans la sueur ; toutes les parties atteintes étaient insensibles à la piqûre. Ces symptômes, vers les mains, duraient souvent longtemps, cinq, six heures ; rien de semblable aux pieds.

La malade a eu, à l'hôpital, une attaque d'hystérie convulsive ; depuis quelque temps déjà, plusieurs attaques semblables s'étaient produites. Il existait chez elle de l'anesthésie, surtout limitée à la moitié droite du corps, mais beaucoup plus marquée en certaines régions que dans d'autres ; un peu de trouble de la vue, mal défini, à droite ; en un mot, la malade avait, en même temps que les phéno-

mènes du côté des mains, des manifestations hystériques bien franches; de plus, elle était un peu chloro-anémique.

— Chez ces trois malades, comme chez les deux cités antérieurement, il ne s'est produit que la *syncope locale des extrémités*. Comme on a pu le voir, les premiers phénomènes étaient ceux de l'*asphyxie locale*, et ils se sont manifestés symétriquement, à droite et à gauche.

La peau des régions envahies était pâle, exsangue, et en même temps considérablement refroidie; la sensibilité sous tous ses modes avait à peu près disparu; des sensations anormales d'engourdissements, de fourmillements, quelquefois de véritables douleurs, par contre, se montraient dans toutes les régions envahies ; les malades devenaient malhabiles; ils ne pouvaient plus rien tenir avec leurs mains. Ces phénomènes duraient plus ou moins longtemps, puis tout rentrait dans l'ordre; les doigts se congestionnaient, étaient bientôt douloureux, et l'état normal se rétablissait.

Lorsque l'asphyxie des extrémités persiste, elle conduit fatalement à la gangrène, et l'on conçoit très-bien, comme l'a fait remarquer M. Maurice Raynaud, la succession des symptômes, montrant que, au fond, asphyxie locale, syncope locale, gangrène des extrémités sous forme symétrique, sont des étapes différentes d'une même affection, des degrés d'un même état morbide.

Chez nos malades, y compris le rhumatisant, le fonctionnement du cœur était régulier, physiologique; les artères, non athéromateuses; on ne peut donc incriminer en rien les vaisseaux, en tant que cause productrice de l'onglée.

M. Maurice Raynaud a donné, du phénomène, l'interprétation suivante ; il pense que l'interruption du cours du sang dans les parties frappées de la syncope locale est le résultat d'un spasme des petits vaisseaux, par excitation des vaso-moteurs innervant ces conduits; l'excitation serait

réflexe, par l'intermédiaire du bulbe, et aurait le plus souvent pour point de départ l'appareil utérin, surtout à l'époque de la crise menstruelle ; la même excitation peut, dans certaines conditions encore mal déterminées, produire, au contraire, la dilatation des capillaires, d'où la teinte cyanique, l'asphyxie locale. Il ne faut pas oublier, comme l'a fait remarquer M. Vulpian, que « ces troubles de la circulation ne sont que de simples variétés d'un même phénomène morbide, reliées l'une à l'autre par des formes mixtes, ou pouvant même se montrer successivement chez le même malade » (obs. CLXIII).

— La dernière malade (obs. CLXIV) est particulièrement intéressante. Elle était hystérique ; elle souffrait, et violemment, dans les bras, les mains, les doigts, au moment même où se produisait la syncope locale ; elle avait alors des sueurs très-abondantes dans les régions envahies. Les douleurs étaient-elles le résultat de la contraction des vaisseaux et de l'anémie qui en était la conséquence ? Pouvaient-elles être rapprochées ainsi de ces violentes douleurs qu'on observe dans les membres dont les artères s'obstruent par une embolie ? M. Vulpian, tout en nous disant que cette hypothèse n'avait rien d'inadmissible, inclinait à penser que ces douleurs, constatées dès le début ou même avant le début des phénomènes apparents de la syncope locale des extrémités, avaient un caractère névralgique et que le resserrement des vaisseaux était un effet réflexe de cet état d'irritation morbide de certaines fibres nerveuses centripètes.

Quoi qu'il en soit, la syncope locale des extrémités se présente le plus souvent, comme chez nos malades, sous forme d'accès ayant pour cause profonde une sorte de névrose vaso-constrictive et comme cause périphérique l'impression du froid.

Un autre point de l'observation CLXIV qui mérite d'être relevé, c'est que la peau de la face palmaire des mains (les doigts y compris) se couvrait d'une sueur abondante pendant la période d'anémie locale. L'intérêt de cette particularité consiste en ce qu'elle démontre que, comme le professe M. Vulpian, il n'y a pas d'enchaînement nécessaire entre l'hyperidrose et la congestion des régions de la peau où cette sécrétion exagérée se produit.

Il faut noter encore que, dans les cinq faits que nous avons eus sous les yeux, les malades étaient, à des degrés différents, des anémiques ; l'accident est survenu chez le rhumatisant pendant la convalescence de son rhumatisme, au moment où il était fortement anémié ; la deuxième observation concerne une femme entrée à l'hôpital pour une chloro-anémie ; mes trois autres malades, elles aussi, étaient anémiques ; n'est-ce pas là l'état général qui place le système nerveux dans un état d'excitabilité particulière et exagérée, prédisposant aux névroses? Ne peut-on pas comprendre qu'alors, sous la moindre influence provocatrice, comme le contact réfrigérant de l'air extérieur, etc., l'accès nerveux vaso-constricteur éclate ? Il est certain que toutes les chloro-anémiques ne sont pas atteintes de cette névrose particulière ; il y a sans doute un élément de troubles du système nerveux, surajouté.

Je veux encore insister sur les résultats favorables du traitement de la syncope locale des extrémités par le sulfate de quinine, administré à la dose d'un gram. par jour, puis de 1 gram. 50 centigram. L'observation CLXII est un remarquable exemple des bons effets du sulfate de quinine, donné en pareil cas.

En effet, dès les premiers temps de l'administration du médicament, l'état local se modifia sensiblement ; à peine persistait-il un peu de cyanose. On cessa le sulfate de quinine pendant quelques jours ; immédiatement, les symp-

tômes de syncope locale réapparurent ; ils cessèrent de nouveau, alors que la malade reprit le sulfate de quinine ; puis ils se montrèrent encore, le médicament n'ayant plus été pris, et plusieurs fois ainsi.

Le sulfate de quinine a été rangé parmi les médicaments qui exercent une action vaso-constrictive sur les vaisseaux, par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs ; les faits sur lesquels on s'appuie sont certainement bien hypothétiques, car ils sont fondés pour la plupart sur des assertions hasardées. L'étude symptomatique de la syncope locale a conduit M. Vulpian à considérer cet état pathologique comme une névrose vaso-constrictive. Comment agit le médicament ? comment le sulfate de quinine qui produit, dit-on, la constriction des vaisseaux, arrive-t-il à la faire cesser dans l'asphyxie locale ? Il y a là une sérieuse difficulté à surmonter; mais on n'y réussira qu'en laissant de côté l'hypothèse de l'influence vaso-constrictive de la quinine et en cherchant à déterminer quel est l'élément morbide sur lequel agit cette substance dans la syncope locale des extrémités.

OBSERVATIONS

Obs. CLXII. — *Syncope locale des extrémités. — Traitement par le sulfate de quinine. — Guérison rapide.*

La nommée G.., Delphine, âgée de 35 ans, domestique. Entrée le 20 avril 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 12 *bis*.

Renseignements. — Cette malade est domestique ; elle a été réglée à 16 ans et toujours très-régulièrement.

Elle a eu autrefois des douleurs rhumatismales ; les arti-

culations auraient été tuméfiées; ces douleurs n'ont jamais duré longtemps. Elle n'a pas été atteinte de gourmes, ni de tuméfaction des ganglions lymphatiques cervicaux, ni de maux d'yeux. Pas de syphilis. La malade déclare être très-nerveuse ; elle présente souvent le phénomène de la boule hystérique, et à chaque instant elle est prise de bouffées de chaleur qui disparaissent subitement. Du côté de l'hérédité, on note des accidents de rhumatisme chez le père.

Elle a eu, chaque année, pendant son enfance et son adolescence, des engelures aux mains et aux pieds ; depuis lors, elle a toujours conservé, aux avant-bras et aux mains, une coloration particulière : c'est une teinte rougeâtre vineuse, marbrée, et on sent à la palpation à ce niveau une certaine tension de la peau qui paraît épaissie.

Aux pieds, sur les malléoles, mêmes phénomènes caractéristiques de coloration et d'épaississement de la peau. Cet épaississement est très-notable et très-appréciable à la vue ; au-dessus des malléoles, à la face interne, la coloration est plus foncée qu'ailleurs; les extrémités, mains et pieds, sont toujours et ont toujours été le siége d'une sensation de froid assez intense, avec des exacerbations par instants.

Au mois de février dernier, elle fut prise d'accidents gastriques : fièvre, diarrhée, douleur à l'épigastre et abattement profond; il paraît, à ce moment, avoir existé un embarras gastrique, accompagné d'un ictère plus ou moins intense et généralisé (catarrhe gastro-intestinal et ictère catarrhal).

Elle commença alors à éprouver, dans les membres supérieurs et inférieurs, des douleurs sourdes avec sensation de brisement et parfois de froid excessivement intense. Elle est restée, depuis cette époque, sous le coup de ces douleurs très-vives, qui s'exaspéraient par l'exposi-

tion à l'air froid et s'accompagnaient alors de fourmillements et d'engourdissements dans les doigts.

Etat actuel. — 20 *avril.* — La malade est bien portante, assez vigoureusement constituée; le facies est pâle, avec plaques rouges des pommettes. Souffle doux à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou. L'appétit est conservé; le sommeil, bon.

21 *avril.* — Le matin, à la visite, on constate que les mains deviennent blanches; cette coloration blanchâtre, cadavérique, occupe tous les doigts, moins le pouce des deux côtés.

Les doigts paraissent transparents; ils sont complétement engourdis, et la malade ne peut rien tenir, ni serrer dans ses mains.

Ces phénomènes sont très-accentués, surtout le matin, quand la malade s'est exposée au froid; ils durent tantôt une demi-heure, tantôt trois quarts d'heure, tantôt une heure et plus, puis disparaissent.

Le phénomène a duré une heure; les accidents se sont très-atténués pendant le reste de la journée, et les doigts alors, au lieu de présenter la teinte blanchâtre cadavérique, sont un peu bleuâtres, mais toujours froids, et le siége des douleurs contuses assez intenses. La sensibilité tactile des doigts, pendant ces exacerbations, est abolie; ils sont froids au palper; mais, si on les pique, la douleur est très-bien sentie et même beaucoup exagérée. Aux pieds, les phénomènes sont moins accentués : ils sont cependant toujours froids, engourdis et douloureux; mais il ne s'y produit pas des accès d'anémie locale.

La malade est un peu nerveuse, sans phénomènes hystériques accentués.

Traitement. — 21 *avril.* — La malade est soumise au traitement par le bromure de potassium, à la dose quotidienne de 4 gr. d'abord, puis de 6, de 8 gr.

2 *mai.* — Pas d'amélioration bien nette. On ajoute 1 gr. de sulfate de quinine, et on réduit la dose de bromure à 4 gr.

3 *mai.* — On continue de donner du sulfate de quinine, dont la quantité est portée à 1 gr. 50 centigr. en trois doses; une le matin, une au milieu du jour et l'autre le soir.

4 *mai.* — Sous l'influence de cette modification du traitement, il y a une amélioration réelle des accès aigus ; ils sont moins longs et moins douloureux.

5 *mai.* — L'amélioration de l'état local s'accentue de plus en plus.

La syncope des extrémités, qui se produisait chaque matin, a disparu, mais il persiste de la cyanose.

On cesse pendant un jour le sulfate de quinine ; les accidents de syncope locale réapparaissent.

6 *mai.* — On donne de nouveau 1 gr. 50 centigr. de sulfate de quinine.

7 *mai.* — Pas de syncope locale des extrémités.

9 *mai.* — On suspend le sulfate de quinine.

10 *mai.* — A la visite du matin, les accidents locaux se sont reproduits. On reprend l'usage du sulfate de quinine, à la même dose.

13 *mai.* — Ce jour, on supprime le sulfate de quinine.

14 *mai.* — Réapparition de la syncope locale ; elle dure une heure et demie. On prescrit de nouveau la même quantité de sulfate de quinine.

Les jours suivants, les phénomènes de syncope ne se reproduisent pas, jusqu'au 16 mai. A partir de ce jour jusqu'au 19, il y a eu un peu de cyanose, avec refroidissement; ces accidents n'ont duré que quelques minutes.

On continue toujours le sulfate de quinine, depuis le 14 mai à la dose de 1 gr. 50 centigr. ; l'amélioration persiste ; la malade quitte l'hôpital le 21 mai 1877, guérie de

son état local; les mains et les avant-bras ont une coloration rosée : l'état général était aussi très-amélioré.

Obs. CLXIII. — *Syncope locale des extrémités. — Traitement par le sulfate de quinine. — Guérison rapide.*

La nommée C..., âgée de 23 ans, domestique.

Entrée le 4 janvier 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 7 *bis.*

Renseignements. — Cette malade, âgée de 23 ans, a été réglée à 15 ans et demi; ses règles ont toujours été très-régulières. Dans son enfance, elle a eu de la gourme et pendant longtemps des engorgements ganglionnaires sous la mâchoire; il reste encore les traces d'une cicatrice à gauche, suite d'un abcès qui s'est développé dans cette région. Elle a eu souvent aussi du coryza et des maux d'yeux; encore aujourd'hui, elle est atteinte de blépharite des deux côtés. Les antécédents rhumatismaux sont absolument nuls; de même, pour la syphilis, il n'y a rien à noter.

En revanche, la malade dit qu'elle est très-nerveuse; elle pleure et rit sans raison. Elle a des névralgies multiples et très-fugaces; elle accuse très-bien le phénomène de la boule hystérique. Du côté de l'hérédité, on ne trouve rien d'important à mentionner.

Elle a été assez souvent malade, et, entre autres affections aiguës, elle aurait eu la fièvre typhoïde et la variole, étant encore toute jeune.

Cette malade entre à l'hôpital pour des troubles survenus du côté des mains et des doigts. Depuis six semaines, elle éprouve, dans ces parties, des fourmillements, des engourdissements très-accentués, avec des douleurs sourdes occupant les deux poignets et remontant même, par moments, presque dans les deux coudes.

En même temps, ses doigts deviennent tout à fait insen-

sibles; leur coloration change peu à peu ; ils passent par la teinte cyanique pour devenir complétement blancs aux extrémités, dans toute l'étendue de la dernière phalange.

La coloration d'un blanc mat ne se montre pas toutes les fois ; il est des jours où la teinte cyanique existe seule.

État actuel. — Femme petite, brune, assez maigre. Au premier abord, elle paraît bien portante ; la face est rouge, colorée ; la peau, fine. Le matin, à la visite, la peau d mains prend une coloration bleuâtre d'autant moins accusée qu'on remonte davantage vers l'avant-bras; bientôt, les extrémités des doigts sont complétement blanches ; ces phénomènes sont accentués jusque sur le dos de la main. Cet accès, dit la malade, est semblable à celui qui se montre chaque matin; en effet, depuis six semaines, comme il a été dit, la malade éprouve des sensations d'un froid intense, qui peut aller quelquefois jusqu'à la douleur. Les doigts deviennent insensibles ; elle ne sent plus les objets, et, si elle en tient à la main, elle les laisse tomber ; ce phénomène dure une heure; la malade, pour le provoquer, n'a qu'à s'exposer au froid.

Quand le phénomène diminue, la peau des parties envahies garde encore une teinte un peu cyanique. Sensation continuelle de froid et d'engourdissement; céphalalgie persistante.

L'état général est bon ; le cœur présente un souffle anémique à la base.

Les poumons sont tout à fait sains.

L'urine est normale.

Du côté des pieds, les phénomènes sont moins accusés ; il n'existe que des vergetures et un abaissement notable de la température de la peau ; la malade éprouve une sensation de froid aux extrémités des doigts.

Traitement. — 15 *janvier.* — On institue le traitement par le bromure de potassium à la dose de 4 gr. L'insensi-

bilité constatée ce jour, pendant l'accès, est complète; la malade ne sent rien; la sensibilité à la douleur est complétement abolie; elle reparaît peu à peu, en remontant de l'extenseur commun à la racine des doigts. La peau est complétement blanche.

16 *janvier.* — On ajoute, au bromure de potassium, 1 gr. de sulfate de quinine.

17, 18, 19, 20, 21, 22 *janvier.* — On continue le sulfate de quinine, 1 gr. par jour.

25 *janvier.* — Même traitement; il y a une amélioration évidente.

1er *février.* — On continue toujours le sulfate de quinine. La malade reste quelquefois cinq à six jours sans avoir d'accès.

5 *février.* — On donne à la malade, en plus du sulfate de quinine, 15 gr. de sirop d'iodure de fer.

On continue les jours suivants.

12 *février.* — La malade quitte l'hôpital, très-améliorée au point de vue général; l'état local n'a pas reparu depuis dix jours.

Obs. CLXIV. — *Hystérie. — Asphyxie locale des extrémités. — Sueurs très-abondantes.*

La nommée P..., Victoire, âgée de 30 ans, cuisinière.

Entrée le 19 juin 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 22.

Renseignements. — Père et mère inconnus. Pas d'antécédents hystériques; pas de mobilité anormale du caractère jusque dans ces derniers mois. Fièvre typhoïde à 14 ans.

Réglée à 12 ans; règles abondantes durant sept à huit jours; sang pâle et décoloré; pertes blanches dans l'intervalle. Santé antérieure relativement bonne; appétit faible depuis un certain temps, avec digestions lentes et pénibles. Il y a trois mois environ, la malade, couchant dans une petite chambre humide et peu close, dans l'intérieur d'une

cour, fut prise de douleurs rhumatoïdes assez vives, surtout aux deux membres supérieurs, mais sans gonflement des articulations.

Anémiée et très-faible, elle quitta sa chambre humide et entra chez une blanchisseuse malgré sa faiblesse et ses douleurs, qui n'avaient point encore disparu. Elle avait, en outre, des maux de tête et du gonflement de la face : il en sera question plus loin. Elle continua de travailler jusqu'au 4 mai inclusivement. Elle accoucha dans la nuit du 4 au 5 d'un enfant mâle à terme; ses règles ne sont pas encore revenues. Quinze jours après l'accouchement, elle recommençait à travailler, bien que, dit-elle, elle eût à peine la force de se tenir ; mais alors elle fut prise d'une véritable attaque de rhumatisme, avec gonflement assez prononcé et douloureux des épaules, des coudes, des poignets. Les articulations du membre droit étaient plus prises que celles du membre gauche, et le gonflement ne se limitait pas aux articulations ; il occupait presque toute la longueur du membre supérieur droit. Elle continua de travailler quand même : le gonflement et la rougeur des articulations disparurent au bout de trois ou quatre jours, mais les douleurs persistèrent.

C'est à ce moment qu'elle vit ses doigts devenir peu à peu faibles et inhabiles; les deux dernières phalanges blanches et insensibles, « comme mortes » ; pas de phénomènes de cyanose des extrémités. En même temps, les doigts, les mains et les poignets se couvraient d'une sueur très-abondante jusqu'à tomber goutte à goutte à terre, et elle éprouvait dans les mains et les doigts une sensation de fourmillement assez pénible et des élancements douloureux, surtout au bout des doigts.

Quelques jours après, elle ressentit, le soir en se déshabillant, un grand sentiment de faiblesse et fut obligée, pour ne pas tomber, de se coucher sur son lit avant d'être

complétement déshabillée ; elle aurait eu déjà quelquefois de petites attaques de nerfs. Là, elle perdit connaissance et ne revint à elle qu'un certain temps après ; les personnes qui l'ont vue à ce moment racontent qu'elle s'est débattue. Toute la nuit, elle eut un fort mal de tête, et le matin elle vit que ses mains étaient encore plus faibles et plus inhabiles qu'à l'ordinaire, qu'elle ne pouvait plus emmaillotter son enfant. Le lendemain, elle se laissait tomber dans l'escalier par faiblesse et inhabileté des mains, mais sans perte de connaissance. C'est alors qu'elle alla consulter M. le Dr Després, qui l'adressa à M. Vulpian.

Etat actuel. — La malade se présente le lundi matin, avec les mains couvertes d'une sueur abondante, la pulpe des doigts blanche, presque calleuse et comme macérée dans cette sueur. Elle se plaint de fourmillements pénibles dans le fond de la main et d'élancements douloureux au bout des doigts ; ces élancements ne se limitent pas là ; ils s'étendent jusqu'à l'avant-bras, d'où ils semblent partir, et cependant la douleur est plus intense vers l'extrémité des doigts ; cet état a duré jusqu'à trois heures du soir. Pendant toute cette période, la peau était blanche, ridée, macérée dans la sueur. Les doigts ressemblaient, comme aspect, à des doigts de cadavre.

La malade était évidemment sous l'influence d'une crise, car, à partir de trois heures du soir, les doigts ont repris peu à peu leur coloration normale.

Quand la sueur disparaît et que les mains sont sèches, le fourmillement et les élancements sont plus vifs et plus douloureux. La malade se plaint, en outre, d'un mal de tête persistant. Elle aurait eu, quinze jours avant d'accoucher, la moitié droite de la tête, de la face et du cou gonflée et douloureuse, avec écoulement assez abondant, par le conduit auditif externe droit, d'un liquide limpide comme de l'eau. L'audition, qui est presque totalement abolie à

droite, est très-diminuée à gauche, et il y avait aussi, de ce côté, de temps en temps, un léger suintement de liquide par le conduit auditif.

Aujourd'hui, c'était, dit-elle, la sensation d'une rivière qui coulerait dans les oreilles.

L'olfaction est à peu près normale.

L'extrémité des doigts, la dernière phalange est pâle; la pulpe est épaissie et dure; la peau comme calleuse, avec un aspect macéré; la sensibilité est très-diminuée, et il faut fortement pincer pour que la malade sente quelque chose.

Des deux côtés, dans le creux de la main et aux régions thénar et hypothénar, la sensibilité est également très-affaiblie : c'est à peine si la malade sent lorsqu'on pique avec une épingle. A la face dorsale de la main, elle est mieux conservée, et il n'y a guère que la sensibilité au contact qui ait disparu.

Il y a du reste de l'anesthésie dans toute la moitié droite du corps, mais elle est beaucoup plus marquée en certaines régions que dans d'autres. Il y a même des points où la sensibilité est à peu près normale.

La sensibilité au froid est conservée, ainsi que celle à la chaleur.

Quand on fait exécuter des mouvements aux mains, on détermine encore de la douleur dans les articulations radio-carpiennes et métacarpiennes des deux côtés.

Les mouvements des mains et des doigts s'exécutent mal, et la malade a de grandes difficultés pour porter un verre à sa bouche; elle ne peut même pas le faire de la main droite, qui est lourde et pesante; elle ne la lève qu'avec difficulté; si on lui fait fermer les yeux, les mouvements se font encore de la même manière, sans incertitude plus grande.

La vue paraît saine du côté gauche; du côté droit, la malade verrait double?

Le *cœur* a des battements réguliers, mais il y a un souffle au premier temps, à la base; bruit de souffle dans les vaisseaux du cou; pas d'hypertrophie cardiaque. Artères souples, petites.

21 *juin.*— La malade a eu, hier soir, vers huit heures, deux pertes de connaissance; la première a duré plus de cinq minutes, et la seconde près d'un quart d'heure. Elle a demandé qu'on lui portât son enfant, disant qu'elle allait mourir; c'était une véritable attaque d'hystérie, qui a persisté trois quarts d'heure environ.

25 *juin.* — On ne prescrit qu'un traitement tonique et antispasmodique; mais la malade ne peut rester dans le service, à cause de son enfant, qu'elle avait confié à une nourrice et qu'on lui a rapporté. Elle sort, et son état est à peu près le même; la sensibilité paraît cependant être un peu revenue; le bras droit exécute un peu mieux les mouvements.

SECTION II

PARALYSIE GÉNÉRALE.

Depuis que Bayle et Calmeil ont démontré que la paralysie générale progressive est due à une inflammation chronique des centres nerveux intra-crâniens et de leurs enveloppes, cette maladie, que l'on considérait autrefois comme une vésanie *sine materia*, a pris les noms de périencéphalite diffuse, de méningo-encéphalite diffuse.

Ce qui frappe, dans les relations anatomo-pathologiques données par les auteurs, c'est la multiplicité, l'étendue des lésions. En effet, l'axe cérébro-rachidien et ses enveloppes peuvent être envahis par l'inflammation chronique; souvent, le cuir chevelu lui-même est épaissi; il existe des hématomes fréquents de l'oreille, de l'œdème cérébral

secondaire ; l'arachnoïde présente parfois, dans l'épaisseur de son feuillet adhérent à la pie-mère, de petits kystes. Cette lésion est si commune, que les anciens aliénistes l'avaient donnée comme constante. La pie-mère est enflammée : l'épendyme des ventricules est épaissi, hérissé à sa surface de petites saillies papilliformes. Le processus phlegmasique atteint non-seulement la substance grise, mais encore la substance blanche subjacente. Dans la substance blanche, c'est la névroglie qui est presque seule le siége des modifications inflammatoires. Multiplications des noyaux et des cellules de ce tissu, épaississement et hyperplasie du tissu fibrillaire (réticulum). Dans la substance grise, il y a aussi multiplication des éléments de la névroglie, et altération des cellules nerveuses. Les vaisseaux, dans les deux substances, sont plus ou moins altérés. Les modifications des cellules nerveuses, gonflement, état vitreux, état granulo-graisseux, sont-elles primitives? Y a-t-il, comme le supposait M. Vulpian dès ses premières leçons à la Faculté, en 1867, phlegmasie parenchymateuse de la substance grise du cerveau, au début de l'affection? C'est un point sur lequel la lumière n'est pas encore faite.

Les lésions ne se confinent pas dans la cavité crânienne. Le bulbe est évidemment atteint par l'inflammation. On peut trouver dans cette partie de l'encéphale des lésions d'irritation phlegmasique interstitielle. Les noyaux d'origine des nerfs bulbaires peuvent sans doute être atteints. M. Vulpian a constaté, dans un cas, des accès de laryngisme et de pharyngisme, accompagnés de troubles violents des mouvements du cœur. Ces accès avaient-ils pour cause un état de souffrance de ces noyaux? Comme ils se dissipaient au bout de quelques heures, après avoir été menaçants pour la vie; comme ils ont cessé de se manifester pendant plus de deux ans, à la suite de cautérisations répétées de la région cervicale, M. Vulpian pense

qu'ils ont été plutôt déterminés par de l'irritation des méninges et de la couche externe des régions superficielles du bulbe rachidien, au voisinage et au niveau des origines des nerfs glosso-pharyngiens, pneumogastriques et accessoires de Willis.

La moelle épinière, comme MM. Magnan, Westphal, Voisin, Hanot l'ont montré, n'échappe pas au processus; les cas de sclérose des cordons postérieurs, des cordons latéraux, la myélite interstitielle diffuse, etc., le prouvent; peut-être même les nerfs périphériques sont-ils quelquefois le siége d'une inflammation chronique.

On comprend, comme les auteurs l'ont noté et comme bien des fois M. Vulpian nous l'a fait remarquer, que, suivant l'étendue, le siége, la multiplicité des lésions, l'appareil symptomatique de la paralysie générale doivent varier; aussi les aliénistes ont-ils été conduits, afin d'embrasser toutes les variétés cliniques, à créer des *formes* de la paralysie générale.

Celles-ci sont basées sur les modifications que peuvent présenter les symptômes essentiels de la paralysie générale, principalement ceux qui consistent en troubles de l'intelligence, du mouvement, de la sensibilité.

Les troubles du début varient suivant les malades. En effet, l'affection commence ou par des troubles du mouvement, ou par des troubles de la sensibilité et du mouvement, ou enfin par des troubles des facultés intellectuelles.

Voici ce que l'observation a appris à cet égard :

1° Chez certains malades, on note simplement de l'affaissement intellectuel, de la perte de mémoire ; le travail est difficile; le malade est un faible d'esprit, comme on dit. La force musculaire est un peu diminuée; de temps à autre, quelques contractions fibrillaires se produisent dans les muscles de la face, des membres.

2° D'autres fois, le mouvement seulement est affecté ; les

phénomènes dominants sont quelquefois ceux de l'ataxie; mais le malade est en général un ataxique incomplet; il manque d'ordinaire quelques traits importants au tableau. Ces désordres de la locomotion, au début, ne sont pas toujours un effet de la paralysie véritable. Le plus souvent, ainsi que M. le professeur Jaccoud l'a établi dans son travail sur *les paraplégies et l'ataxie du mouvement*, ils consistent en des troubles de la coordination; c'est une véritable ataxie motrice. La démarche est chancelante; cependant la force motrice n'est pas diminuée, et le malade ne marche pas en traînant ses jambes; il élargit sa base de sustentation; il précipite ses mouvements. Ceux-ci ont une certaine irrégularité qui augmente beaucoup quand le malade ferme les yeux; en un mot, il n'y a plus contrôle des mouvements. Skae a parfaitement étudié tous ces faits.

C'est principalement lorsque les lésions prédominent du côté de la moelle que l'on observe ces particularités, et bien souvent, si on les méconnaît, on commet des erreurs de diagnostic. Cependant un ou plusieurs des symptômes fondamentaux de l'ataxie motrice font habituellement défaut : les troubles oculaires dans un cas, les douleurs fulgurantes dans un autre, etc. Il importe de rappeler que, chez quelques paralytiques généraux, on observe de véritables crises gastralgiques avec vomissements, comme chez les ataxiques.

Aux membres supérieurs, l'incoordination motrice détruit l'aptitude fonctionnelle des mains et engendre ces troubles de l'écriture, si importants à prendre en considération. Bientôt à l'incoordination motrice s'ajoute le tremblement, double cause qui donne à l'écriture du malade une caractéristique bien nette dans la majorité des cas : les lettres sont mal alignées, moins nettement tracées, etc.

3° Le malade peut avoir à la fois des troubles de l'intelligence et des troubles du mouvement. Ces troubles du

début sont souvent fort difficiles à reconnaître. Le trouble intellectuel, en effet, est parfois peu accusé. Il consiste surtout en modifications graduelles, progressives. Dans un cas, on observe un changement complet dans les habitudes du malade ; tout d'un coup, sans raison, il modifie sa vie antérieure ; ses actes présents ne ressemblent plus à son passé ; économe jusqu'alors, il devient dissipateur ; un caractère doux, enjoué, fait place à la violence, à la colère, etc. D'autres fois, le malade manifeste une ambition démesurée, sans rapport avec sa situation présente ou passée, etc. Bientôt la mémoire s'affaiblit un peu ; l'attention n'est plus soutenue comme autrefois ; le travail intellectuel devient pénible, etc.

En même temps que ces troubles psychiques, on note, chez les malades auxquels nous faisons allusion, des troubles de mouvements consistant souvent, comme nous le disions plus haut, en une véritable incoordination motrice ; parfois il y a un certain degré d'hémiplégie motrice ; quelquefois même la sensibilité est modifiée. C'est dans cette forme que l'on rencontre souvent ces actes immoraux qui prouvent une perturbation intellectuelle profonde ; il y a quelque chose d'analogue à l'*absence* chez certains épileptiques. Les annales judiciaires fourmillent de ces exemples, souvent difficiles à démêler cliniquement, comme M. Lasègue l'a montré.

4° A côté de ces malades, il en est d'autres chez lesquels l'affection débute, ou semble débuter, par des attaques à manifestations beaucoup plus accentuées. La première période de la paralysie générale peut, en effet, être si peu marquée, si atténuée, qu'elle passe vraiment inaperçue, et les manifestations que nous allons décrire paraissent être les premières en date.

Dans un cas, on observe une véritable attaque apoplectique ; quelquefois la mort est très-rapide, mais le plus

souvent le malade sort de cette attaque, *guéri en apparence,* ou bien elles laissent à leur suite un peu d'hébétude, d'obtusion intellectuelle, et ce n'est que plus tard, après quelques années parfois, que se déroule le tableau ordinaire de la maladie.

Ces attaques apoplectiformes sont, comme on le sait, accompagnées généralement d'une notable élévation de la température.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Magnan, lorsque la moelle est atteinte, dans des cas de ce genre, avant le cerveau, les attaques spinales se traduisent par des engourdissements, des fourmillements, des crampes, des convulsions, de véritables paralysies passagères, etc. On conçoit, sans qu'il soit nécessaire d'y insister davantage, combien il importe de connaître ces faits, qui peuvent marquer le début de la paralysie générale.

Outre ces attaques apoplectiformes ou spinales, on peut encore observer de véritables accès épileptiformes ou tétaniformes, qui, fréquents dans le cours de la maladie confirmée, marquent quelquefois le commencement de l'affection.

Ainsi donc, au début de la paralysie générale, on peut observer quatre formes principales, trois à marche lente, une à *marche rapide.*

Ces quatre grands types se retrouvent dans la paralysie générale arrivée à sa *période d'état.*

— L'intelligence est atteinte : c'est une forme particulière. Le malade est un monomane, le plus souvent mégalomane, c'est-à-dire avec délire des grandeurs. Ce délire, depuis son degré le plus faible jusqu'à son expression ultime, est caractérisé par un fait d'une importance capitale dans l'espèce : il porte le cachet de la démence.

La modalité du délire est donc toujours la même ; les aliénistes trouvent dans son mode d'expression un caractère qui le différencie de la monomanie ambitieuse : c'est

l'*absurde des conceptions*. Il n'existe pas, comme chez les *monomaniaques ambitieux*, une suite d'idées bien coordonnées, qui, chez ces derniers, constituent habituellement une série de preuves *persuasives*, en faveur de leurs assertions illusoires. De plus, chez eux, les allures, l'extérieur, la manière d'être, etc., sont parfaitement en rapport avec les idées délirantes. — Les paralytiques généraux, au contraire, ne combinent ni leur conduite, ni leurs actes, pas plus qu'ils n'associent ou coordonnent leurs idées. Falret a surtout nettement montré que ces idées délirantes étaient mobiles, multiples, contradictoires ; en un mot, le monomane suit son idée; le paralytique général n'est pas logique avec elle. A côté des troubles intellectuels, il peut exister quelques troubles de mouvements, mais généralement peu marqués.

Bientôt se montrent des troubles de la parole et de la statique musculaire. Ces troubles consistent en un *tremblement* plus ou moins marqué, parfois même intermittent. Il affecte généralement les membres supérieurs tout d'abord, et bientôt il rend tout travail de précision impossible. Les muscles des lèvres, de la mâchoire, de la langue sont bientôt envahis. Ce dernier organe est alors agité par une trémulation incessante portant surtout sur la pointe et sur les bords. Il en résulte une difficulté de la parole bien analysée dans ces dernières années. Comme l'a fait remarquer M. le professeur Lasègue, ce tremblement ou *bégaiement*, d'abord peu accusé, s'accentue beaucoup sous l'influence des émotions. Le malade a de la difficulté pour prononcer certains mots, ceux en particulier avec consonnes labiales ; il fait effort, veut précipiter sa parole, et il prononce mal; il omet des syllabes, oublie des mots, etc. En même temps, dans les cas accentués, les lèvres tremblent, les muscles de la face sont parcourus par des contractions fibrillaires.

Les troubles de la parole sont assez variables. Les aliénistes, en général, distinguent les variétés suivantes : lenteur, hésitation, tremblement, balbutiement, bégaiement, bredouillement, etc.

La maladie continue à progresser. On observe alors quelquefois une altération du timbre de la voix ; puis apparaît l'inégalité de la pupille.

La sensibilité générale est parfois atteinte, quelquefois sous forme hémiplégique ; mais ce sont les sensibilités spéciales, l'odorat, l'ouïe, le goût, qui, le plus souvent, présentent des modifications. Ces modifications sont dues aux progrès de la méningite chronique, qui envahit les nerfs crâniens ; peut-être aussi à sa propagation aux parties postérieures des hémisphères cérébraux, s'il y a réellement dans ces régions, comme le pense M. Ferrier, des centres sensitifs.

Le délire peut être un délire triste : le malade est un *lypémaniaque*. Une impression habituelle de tristesse, l'inquiétude, la crainte, la terreur, sont les premiers phénomènes en date. Le malade est d'abord un mélancolique, bientôt il a un véritable *délire de persécution*. Sans cesse en proie à des idées tristes qui le tourmentent, en but à des hallucinations de même nature, le malheureux paralytique devient son propre bourreau ; il refuse tout, même les aliments, parce qu'il a crainte qu'ils soient empoisonnés !

Chez quelques-uns de ces malades, il survient un délire hypocondriaque absolu. Les conceptions sont complétement délirantes ; les malades s'imaginent que leurs organes sont changés, qu'ils sont aveugles, muets, etc. Chez d'autres, mais plus rarement, la modification intellectuelle, à cette période, consiste, au contraire, dans le contentement, la joie, relativement à tout ce que fait le malade, à tout ce qui lui arrive : c'est la forme *béate*, avec *délire de satisfaction*.

D'autres fois, le paralytique général est un véritable maniaque, en apparence ; l'agitation est extrême ; il pousse des cris, etc.

Chez certains malades, comme à la période de début, l'*attaque apoplectique* est le phénomène dominant ; les attaques se répètent, se succèdent, sont subintrantes ; le paralytique général est pour ainsi dire en état de mal apoplectique. C'est là une des formes les plus graves. La température est celle d'une pneumonie franche pendant tout le temps de l'attaque.

Enfin les complications médullaires, sclérose des cordons latéraux, des cordons postérieurs, etc., peuvent encore, dans l'une quelconque des formes précédentes, modifier le tableau clinique.

La maladie continue ses progrès, le paralytique devient un *dément ;* il n'y a plus de suite dans les idées ; la parole est extrêmement difficile : le malade ne tarde guère alors à devenir gâteux ; il maigrit, tombe dans l'état cachectique, etc.

Il importe, au point de vue de la pathogénie générale de l'affection, de faire remarquer que tous les accidents qui, dans l'immense majorité des cas, évoluent sous le type chronique, peuvent avoir une *marche aiguë ;* les symptômes de la paralysie générale, énumérés plus haut, se retrouvent, mais ils marchent très-rapidement.

Ces poussées aiguës, d'ailleurs, surviennent assez souvent dans le cours de la péri-encéphalite diffuse chronique. Une particularité est encore importante à rappeler : je veux parler des *intermittences*, des rémissions quelquefois très-longues qui se montrent aux diverses périodes de la maladie ; le malade est guéri en apparence, et, s'il meurt d'une affection intercurrente pendant cette période, on pourra croire, ce qui est arrivé plusieurs fois, avoir guéri la paralysie générale.

Ces considérations sur la symptomatologie de la maladie, considérations qui s'appuient sur les travaux de Bayle, Calmeil, Marcé, Lasègue, Magnan, Voisin, Hanot, Westphal, etc., rendent plus facile l'exposé clinique des trois observations suivantes :

— La première (obs. CLXV) concerne un homme âgé de 64 ans, exerçant la profession de menuisier. Chez lui, l'affection paraît avoir débuté il y a longtemps, à l'âge de 34 ans. En effet, déjà à ce moment, il avait des idées de grandeur, etc.

A l'âge de 52 ans, il semble avoir été frappé d'une attaque apoplectique. En 1870, il a fait un séjour à Sainte-Anne. Le jour de son entrée à l'hôpital de la Charité, on constate tous les signes caractéristiques de la péri-encéphalite diffuse. Les phénomènes dominants étaient chez lui des troubles de l'intelligence ; la sensibilité générale et spéciale était intacte, mais la mémoire faisait défaut au malade, principalement lorsqu'il s'agissait des choses qui se sont passées dans ces dernières années.

La mémoire des chiffres a à peu près complétement disparu ; c'est là un fait assez particulier et qui devait être noté.

— La seconde observation (obs. CLXVI) est celle d'un homme âgé de 46 ans, gardien de la paix.

Chez ce malade, l'affection a commencé en 1864. A cette époque, il éprouvait un affaiblissement notable de la vue ; il voyait les objets comme à travers un voile ; cet affaiblissement de la vision dura 4 mois.

En 1870, il eut une première attaque apoplectiforme, dans laquelle il perdit complétement connaissance. Il y a deux ans, il commença à ressentir des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ; ces douleurs, quelquefois extrêmement violentes, comme lors de l'entrée du malade à l'hôpital, persistaient encore à son départ. A cette époque aussi, son caractère commença à changer.

En octobre 1876, nouvelle attaque apoplectique, pendant laquelle le malade est entraîné à tomber du côté droit. A partir de ce moment, il a eu une hémi-anesthésie droite complète avec des troubles de la vue et de l'ouïe, du côté correspondant.

Le jour de son entrée à l'hôpital, 15 février 1877, la paralysie avait considérablement diminué. Il existait à peine de différence entre la force déployée à droite et à gauche. Sensibilité normale. Seuls les troubles de la vue, de l'ouïe persistaient, ainsi que l'état intellectuel. De plus, les douleurs fulgurantes, dans les membres inférieurs, étaient très-violentes; il existait également de la douleur en ceinture; et, au niveau des lombes, il y avait un point extrêmement douloureux.

Ainsi, chez ce malade, il y a eu : 1° des attaques apoplectiques, dont l'une a été suivie d'une paralysie motrice droite, avec anesthésie absolue; 2° des signes d'irritation des cordons postérieurs de la moelle, sans ataxie du mouvement bien marquée.

Une autre particularité est encore intéressante : c'est la *rémission* de tous ces symptômes, rémission qui a été telle que, quand le malade a quitté l'hôpital, on aurait pu le considérer comme guéri.

Il a pris pendant un mois de l'iodure de potassium.

— L'observation CLXVII est un cas de paralysie générale qui a débuté, et c'est là surtout le côté intéressant, presque dans l'enfance.

Le père et la mère du malade étaient très-nerveux; la sœur est morte folle.

A l'âge de 10 ans, le malade aurait été pris d'une difficulté de la parole, qui a toujours existé depuis, mais qui a augmenté singulièrement à partir de l'âge de 20 ans. A cette époque, son intelligence faiblit; la mémoire se perdit également; il eut fréquemment mal à la tête.

Un an après, le malade vint à Paris. A ce moment, sa mémoire était si infidèle que, chargé de faire des courses, il était obligé d'écrire le nom des rues, pour ne pas se tromper ; s'il lisait, il ne pouvait parvenir à fixer son attention ; d'ailleurs il éprouvait une profonde indifférence pour toute chose.

La vue se modifia bientôt; il prenait les objets les uns pour les autres; il les croyait plus grands qu'ils n'étaient en réalité ; l'ouïe, l'odorat furent aussi compromis.

Il a eu fréquemment des moments de surexcitation ; il était alors violent, querelleur à propos de la moindre chose.

Ce malade a déjà fait plusieurs séjours dans les hôpitaux de Paris.

Le jour où il est soumis à notre examen (25 janvier 1877), il ne persiste que les troubles intellectuels, ceux de la parole, les modifications de la vue, de l'ouïe, de l'odorat ; mais il n'y a pas de troubles locaux du mouvement, ni de la sensibilité ; seulement le malade a une grande faiblesse générale ; il souffre encore beaucoup de la tête.

M. Vulpian lui fit prendre du bromure de potassium et lui pratiqua, de huit jours en huit jours, sur la nuque, des cautérisations ponctuées avec le thermo-cautère Paquelin. Le 1er mars, sous l'influence de ce traitement, le malade sortit considérablement amélioré.

Il est rare de voir la paralysie générale commencer dans un âge aussi peu avancé ; c'est peut-être une preuve de plus, en faveur de son hérédité.

Les trois observations citées mettent en relief certaines des particularités intéressantes de l'histoire de la paralysie générale. Elles sont des preuves — s'il en était encore besoin — de la variété qu'imprime aux types cliniques la diversité des ensembles de lésions, observés dans tels et tels cas.

OBSERVATIONS

Obs. CLXV. — *Péri-encéphalite diffuse. — Troubles mentaux comme symptôme prédominant. — Perte presque absolue de la mémoire des chiffres.*

Le nommé L.., âgé de 64 ans, menuisier.

Entré le 26 juillet 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 15.

Renseignements. — Pas d'antécédents alcooliques. Sa mère paraît avoir été hystérique. — Son frère, mort à 49 ans, aurait présenté des phénomènes nerveux vagues.

Dans sa jeunesse, il eut, pendant plusieurs années, des éruptions de taches rougeâtres, qui étaient accompagnées de vives démangeaisons. Il était, dit-il, très-nerveux et rêvait beaucoup la nuit. A 18 ans, il contracta une blennorrhagie, qui guérit rapidement. A 19 ans, il fut atteint du choléra.

A 23 ans, il eut un chancre, suivi de bubons ; ces accidents furent soignés par M. le Dr Ricord, qui lui ordonna du mercure et de l'iodure de potassium. Il ne se souvient pas d'avoir eu d'autres manifestations syphilitiques.

A 30 ans, deuxième blennorrhagie.

Il y a 12 ans, il fut atteint, dit-il, d'une congestion cérébrale, pour laquelle il fut soigné à la Charité.

Le malade reconnaît avoir eu des idées de grandeur depuis vingt ans environ : il voulait s'élever au-dessus de sa position, recherchait avec ardeur toute espèce d'inventions, entre autres le mouvement perpétuel ; il est même persuadé qu'il l'a trouvé. — De plus, il fut malheureux en ménage, se sépara de sa femme, subit de fortes pertes d'argent. Alors son caractère changea de plus en

plus : il devint irascible ; il était pris par moments d'accès de colère des plus violents.

Depuis une quinzaine d'années, sa mémoire diminue ; quelquefois, il la perd complétement.

Il a eu des étourdissements, et même, par instant, il perdait complétement connaissance.

Il a eu aussi des céphalalgies qui devenaient très-intenses par moments ; il dormait mal, avait des rêves affreux. Quelquefois il bégayait.

Ces accidents augmentant, il entra en 1870 dans le service de M. Féréol, à l'hôpital temporaire. Il offrit alors sans doute des troubles mentaux bien caractérisés, car il fut envoyé à Sainte-Anne, où ses mouvements de colère devinrent plus fréquents. Après un séjour de quelques semaines il sortit de cet asile. Il est impossible d'avoir des renseignements précis sur cette période de son existence. Au sortir de l'asile Ste-Anne, il n'était pas guéri. Certains symptômes étaient même devenus plus accusés. Ainsi, la céphalalgie était plus intense ; il avait de temps en temps des douleurs fulgurantes. Il bégayait plus souvent. Il perdit presque complétement le sommeil.

La mémoire s'affaiblit davantage. Celle des chiffres et des noms disparut presque totalement. Il s'aperçut que sa vue baissait graduellement.

Il perdait ses forces de plus en plus : il se décida à entrer à l'hôpital de la Charité le 26 juillet 1877.

Etat actuel. — C'est un homme amaigri, faible, fatigué.

Quand on le fait parler, on s'aperçoit que la mémoire, surtout celle des chiffres et des nombres lui manque. Il bégaye, par moments, s'il se presse pour répondre.

La langue, tirée hors de la bouche, présente des contractions fibrillaires et est un peu déviée à droite. Quand on fait étendre les mains au malade, on ne constate pas de tremblements.

L'arc sénile de la cornée est un peu développé; la pupille droite est plus dilatée que la gauche; pas de troubles de la vue, ni du goût, ni de l'odorat.

La surface cutanée est pâle et couverte sur les cuisses, la poitrine, des traces d'ecthyma cachectique. Œdème cachectique aux malléoles.

Poumons. — Sains.

Cœur. — Bat faiblement, lentement; les battements sont éloignés. Le pouls est faible, lent; artères très-légèrement flexueuses.

Foie et autres organes abdominaux. — Sains.

Urine. — Normale; ni albumine, ni sucre.

La sensibilité est intacte dans toutes les régions du corps.

Le malade est un peu plus faible à droite (bras et jambe) qu'à gauche; ces parties sont lourdes; cependant il n'y a pas de modifications de la marche bien apparentes.

Les troubles intellectuels sont les plus accusés.

Lorsqu'on prie le malade de raconter son histoire, au début, sa parole est à peu près normale, quoiqu'il y ait un très-léger bégaiement; mais bientôt il précipite ses phrases, s'embrouille, perd le fil de ses idées; le bégaiement est alors très-prononcé.

La mémoire fait défaut au malade, principalement sur les choses qui se sont passées dans ces dernières années. Mis sur le chapitre de sa situation antérieure, il raconte qu'autrefois il était patron et que maintenant il est simple ouvrier, presque sans ressource. Ce récit est accompagné de pleurs abondants; il aurait eu, d'après son dire, plusieurs fois des idées de suicide. La mémoire des chiffres a à peu près complétement disparu.

A certains moments, le malade éclate; il parle avec une grande volubilité; il se lève de son lit, gesticule de toutes les façons, et on a toutes les peines du monde à le calmer.

En palpant la tête de ce malade, on constate, sans peine, qu'il y a une chaleur très-notable vers la partie antérieure des pariétaux, sur le dessus de la tête. Il y a une différence considérable, non-seulement entre la température de cette région et celle des autres régions de la tête, mais entre cette température et celle des mêmes parties, examinée sur des malades atteints d'autres affections, ou sur des individus sains. M. Vulpian, qui appelait notre attention sur ce point, nous disait qu'il avait observé la même particularité sur tous les malades affectés de paralysie générale qu'il a eus à examiner. C'est un fait qu'il a signalé depuis longtemps aux élèves qui suivaient son service à la Pitié.

Traitement. — Bromure de potassium, 4 gram. ; vin de quinquina.

28, 29, 30 *juillet.* — Même traitement.

31 *juillet.* — Pointes de feu sur la nuque. On continue le bromure de potassium.

Pas d'amélioration. Le malade quitte l'hôpital le 10 août.

Obs. CLXVI. — *Péri-encéphalite diffuse. — Phénomènes médullaires. — Eczéma des membres inférieurs.*

Le nommé M..., Louis, âgé de 46 ans, gardien de la paix.

Entré le 15 février 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 10.

Renseignements. — Bonne santé jusqu'en 1864. Pas d'antécédents scrofuleux, ni rhumatismaux : du moins, rien de net dans ce sens. En 1864, à la suite d'une légère affection fébrile, dont il est impossible de déterminer la nature, et qui ne dura que quatre jours, ce malade a éprouvé un affaiblissement notable de la vue. Il voyait les objets comme à travers un voile. A cette époque, il alla consulter le docteur Sichel, qui rapporta cette affection à une congestion cérébrale.

Cet affaiblissement de la vue dura environ quatre mois. En 1870, ce malade eut une première attaque, dans laquelle il perdit subitement connaissance. — Il tomba à terre, mais n'eut aucun mouvement convulsif, ni des membres, ni des mâchoires. — Il resta immobile pendant dix minutes environ ; après quoi il fut complétement rétabli et ne conserva aucune trace de cet accident.

Depuis dix-huit mois environ, il éprouve des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Elles ont lieu pendant le jour et jamais la nuit. L'été, elles cessent à peu près complétement. Aujourd'hui, elles semblent avoir notablement perdu de leur intensité.

En même temps, le caractère du malade a changé, mais le changement n'était pas assez marqué, au début, pour qu'on pût savoir si ce changement tenait à une affection cérébrale commençante, plutôt qu'aux préoccupations et aux chagrins domestiques auxquels il est en proie.

En octobre 1876, en allant prendre son service, ce malade, qui depuis le matin se sentait déjà mal à l'aise et éprouvait de la céphalalgie, est tout à coup entraîné du côté droit. — Il continua ainsi à marcher pendant quelques minutes en inclinant de ce côté, comme attiré par une force irrésistible. — On le fit entrer dans une maison, et là, aussitôt assis, il perdit connaissance.

Cette seconde attaque eut encore lieu sans secousses et sans aucun mouvement convulsif.

Il fut apporté presque aussitôt dans le service de M. Hardy, à l'hôpital de la Charité, où l'on constata les phénomènes suivants : 1° Anesthésie complète du côté droit. On pouvait enfoncer des épingles à travers la peau sans déterminer aucune douleur. Cette anesthésie disparut au bout de vingt-quatre heures. 2° Surdité de l'oreille droite, qui persiste encore. 3° Diplopie de l'œil droit, qui n'est pas constante, mais qui se produit aussitôt que le malade fixe

un objet depuis un certain temps. 4° Paralysie presque complète du mouvement du côté droit.

Etat actuel. — La paralysie paraît avoir considérablement diminué, puisque le malade atteint le même chiffre au dynamomètre avec l'une et l'autre mains (50) ; cependant, comme c'est le côté droit qui est affecté, on peut conclure qu'il y a un certain affaiblissement de ce côté (il est *droitier*). Pas de troubles de sensibilité.

Le malade est grand, assez vigoureusement constitué ; il mange bien ; il a, dit-il, souvent de l'insomnie.

Son caractère, depuis quelques années, s'est profondément modifié ; il est devenu irascible, très-irritable. — Sa mémoire a considérablement diminué ; lorsque le malade raconte son histoire, il bégaye par instants ; le bégaiement s'accuse surtout si on l'invite à prononcer les mots : Ecole polytechnique, serrurier, etc. La pupille droite est plus dilatée que la gauche.

Plusieurs fois, le malade a voulu se jeter à l'eau.

Ce dont il se plaint surtout, c'est d'une douleur aux lombes qui le rend très-faible des jambes. — Cependant il dirige sa marche sans difficulté, même dans l'obscurité.

Il a déjà été traité à l'Hôtel-Dieu pour un lumbago, qui a disparu en quatre ou cinq jours par l'application de ventouses scarifiées, en février 1875.

Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ; douleurs constrictives, non continues, au niveau de l'ombilic.

Pas de diminution du volume des muscles dans aucune région.

Organes respiratoires. — Sains.

Cœur. — Aucune lésion reconnaissable. Le pouls est d'ordinaire normal.

Organes abdominaux : état sain ; digestions normales. Un peu de constipation.

Pas de troubles de la sécrétion urinaire. — Urine normale.

Traitement. — On donne au malade deux pilules écossaises. — Vin de quinquina. Bromure de potassium, 4 grammes.

21 *février.* — Poussée d'eczéma occupant la presque totalité des deux membres inférieurs. — Le malade a des varices. C'est la première éruption de ce genre qui se soit produite sur le malade jusqu'ici. On continue le bromure de potassium, et l'on fait prendre, en outre, 1 gramme d'iodure de potassium. Quatre granules d'acide arsénieux.

23 *février.* — Œdème assez considérable des deux jambes. L'eczéma est moins accentué. M. Vulpian pense, à propos de l'affection cutanée, que l'on doit attribuer une influence, ou provocatrice, ou prédisposante, à l'irritation spinale dont souffre ce malade.

6 *mars.* — Depuis plusieurs jours, c'est-à-dire depuis le surlendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, les douleurs fulgurantes, qu'il éprouve dans les membres inférieurs, sont devenues plus intenses. — On suspend l'emploi du bromure de potassium et l'on prescrit deux pilules de nitrate d'argent, sans cesser les autres médicaments; l'eczéma persiste encore, bien qu'un peu moins aigu.

3 *avril.* — Sort, évidemment amélioré sous plusieurs rapports. — Le traitement a été continué sans interruption. L'eczéma a presque disparu : il n'y a plus d'œdème des membres inférieurs; les douleurs fulgurantes, bien que beaucoup moins fortes, se sont cependant reproduites chaque jour. L'état mental s'est considérablement amendé. La période de rémission est bien notable.

Obs. CLXVII. — *Paralysie générale ayant débuté presque à l'adolescence. — Traitement par la cautérisation ponctuée et le bromure de potassium. — Rémission des accidents.*

Le nommé B..., Adolphe, âgé de 28 ans, journalier.

Entré le 25 janvier 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit nº 4.

Antécédents héréditaires. — Père et mère très-nerveux. Sœur atteinte de folie à la suite d'une fièvre cérébrale.

Renseignements. — Ce malade raconte que, vers l'âge de dix ans, il fut pris subitement d'une difficulté de la parole. Ce bégaiement, d'abord peu intense, a singulièrement augmenté aujourd'hui, c'est-à-dire depuis le commencement de sa maladie actuelle, qu'il fait remonter à l'âge de vingt ans.

Vers cette époque, il commence à s'apercevoir que son intelligence s'obscurcit et que sa mémoire faiblit. Une céphalalgie, qui augmente considérablement avec la température, ne le quitte plus depuis ce temps.

Au bout d'un an environ, il se décide à laisser sa famille pour venir à Paris, où il emploie son temps à faire des courses, la seule profession qui lui soit possible, bien que son instruction ait été assez complète pour lui en procurer une plus en rapport avec ses désirs.

Il dit, en effet, que sa mémoire était si infidèle qu'il était obligé d'écrire le nom des rues où il allait et les commissions dont il était chargé. En marchant, il remarquait qu'il ne pensait à rien. Il avait peine à fixer son attention, et, lorsqu'il lisait, il était obligé de recommencer pour enchaîner les phrases. Il avait une profonde indifférence pour tout.

En même temps, sa vue s'est modifiée. Il commence d'abord par prendre des objets pour d'autres, et ce n'est qu'au bout d'un instant qu'il s'aperçoit de son erreur. Les dimensions surtout lui paraissent augmentées. Il en résulte une grande difficulté pour apprécier les distances : ainsi il croit voir son lit un peu plus haut qu'il n'est réellement, etc.

Ces troubles visuels ne sont pas dus à des hallucina-

tions, mais à un affaiblissement de la vue, qui fait apparaître les objets comme à travers un voile.

L'ouïe a également été affectée; mais ce n'a été qu'un simple affaiblissement. Bourdonnements d'oreilles. L'odorat a été presque aboli, le goût aussi.

Souvent, le malade éprouve du vertige, accompagné d'un certain malaise, mais sans vomissements.

Il ressent, de temps en temps, des douleurs vagues, errant d'un endroit dans un autre.

Il raconte aussi qu'il était continuellement dans une grande surexcitation depuis son arrivée à Paris.

En même temps, les forces ont considérablement diminué. Le malade dit avoir maigri beaucoup des jambes, bien qu'on ne constate pas chez lui un membre plus atrophié que l'autre. Mais ce qu'il y a de remarquable, ce sont les troubles moteurs suivants : Lorsqu'on fait parler le malade, au bout de quelques instants il est pris d'un bégaiement, léger d'abord, mais qui augmente bientôt au point de le forcer à s'arrêter, pour peu qu'il parle longtemps. En lui faisant tirer la langue, on voit qu'elle présente des contractions fibrillaires très-marquées. Les muscles de la commissure labiale gauche sont atteints aussi de ces contractions, et le malade raconte que souvent il sent que sa bouche est tiraillée en dehors.

Il dit aussi que, lorsqu'il veut écrire, au bout d'un instant les mouvements de sa main se précipitent et deviennent bientôt désordonnés, ce qui le force à s'arrêter. Il éprouve une grande difficulté à former certaines lettres. Il compare absolument ces phénomènes à son bégaiement.

Fréquemment, ses bras se portent involontairement dans l'abduction.

Pendant son sommeil, il perd toute sa salive.

Depuis deux ans, il a des soubresauts des tendons, marqués surtout pendant la nuit.

Profondément attristé de cet état de choses, le malade se livra à la boisson, pour s'étourdir. Il eut souvent des idées de suicide. Son sommeil est troublé par des rêves dans lesquels il ne voit que des choses tristes : des précipices, des batailles plus ou moins sanglantes, etc. ; cependant on ne remarque pas de tremblement des doigts. De temps en temps, il se met à rire sans savoir pourquoi.

Après le siége de Paris, il retourna à la campagne, où il resta pendant trois mois ; après quoi, sa santé s'étant améliorée, il revint à Paris.

Bientôt, sa situation s'étant aggravée, il fut obligé d'entrer à la Charité le 12 janvier 1874.

D'après ce qu'il raconte, tous les phénomènes, précédemment notés, étaient très-accentués. Il était, dit-il, comme anéanti.

Il sortit de l'hôpital le 25 février, c'est-à-dire au bout d'un mois et demi. Il se rendit ensuite deux mois après chez ses parents, où il resta cinq mois. Ce séjour améliora considérablement son état, et il revint à Paris.

Mais bientôt tous les symptômes reparurent, et il fut obligé encore une fois de quitter la capitale, le mois de mai dernier, c'est-à-dire il y a huit mois. Il se rendit à Marseille, où il prit des bains de mer, qui ne changèrent rien à son état.

C'est trois jours après son retour qu'il entre actuellement à l'hôpital (25 janvier 1877).

État actuel. — 25 *janvier* 1877. — Tous les phénomènes précédemment racontés subsistent, mais beaucoup moins intenses.

La sensibilité générale est intacte. Pas d'hyperesthésie.

Pas de troubles des mouvements.

La vue est encore un peu faible, mais moins qu'auparavant.

Le malade se plaint toujours de la perte de ses forces.

Le bégaiement est encore très-accentué.

Un spécimen de son écriture ne dénote pas ce tremblement de la main dont il a été question ; mais le malade affirme que son écriture actuelle ne ressemble pas à l'ancienne. Les lettres manquent seulement de netteté, et quelques-unes d'entre elles sont en effet mal formées.

Céphalalgie frontale très-intense par moments. Chaleur notable du cuir chevelu sur le dessus de la tête, au niveau et en arrière de la suture fronto-pariétale.

Les organes thoraciques et abdominaux sont en bon état.

Traitement. — Bromure de potassium, 4 gr. — Vin de quinquina.

1er *février.* — Application de pointes de feu sur la nuque, ce qui amène une amélioration notable.

5 *février.* — Il prend tous les jours 6 gr. de bromure de potassium (4 gr. n'étaient pas suffisants).

Depuis ce moment, la céphalalgie a considérablement diminué et en trois jours a complétement disparu.

1er *mars.* — Sort très-amélioré ; les cautérisations ont été pratiquées cinq fois de suite, à huit jours d'intervalle ; le bromure de potassium a toujours été continué à la dose de 6 gr.

SECTION III

NÉVRITE

L'histoire clinique et anatomique de la névrite est constituée à peine d'hier, et, malgré les patients efforts des médecins, bien des points importants de cette histoire sont encore obscurs, ou tout au moins sujets à contestation.

Certains auteurs (Remak, Benedikt, Rosenthal, etc.) considèrent l'inflammation des nerfs comme très-fréquente. Remak, en particulier, admet que la plupart des cas décrits

sous le nom générique de *névralgies* rentrent dans l'histoire de la névrite. L'étude attentive des symptômes caractérisant les maladies du système nerveux périphérique a certainement permis d'écrire avec plus de certitude le chapitre de l'inflammation des nerfs, et, à cet égard, rien n'est plus intéressant à lire que les travaux de M. le professeur Lasègue et de M. le Dr Landouzy sur les sciatiques en général. M. Lasègue s'est efforcé d'établir nettement les caractères cliniques qui séparaient la névralgie sciatique de la névrite sciatique, et il a pu donner ainsi les raisons de la gravité si différente des diverses espèces de sciatiques. Nous signalerons également, dans cet ordre d'idées, les travaux de M. Fernet.

Il est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord : c'est la difficulté, sinon l'impossibilité absolue, de reproduire expérimentalement la névrite franche, aiguë. Voici ce qu'a écrit M. Vulpian relativement à ce sujet (Weir Mitchell, *Des Lésions des nerfs*) : « J'ai étreint des nerfs dans des ligatures plus ou moins serrées, ou je les ai pressés entre les mors d'une pince, ou contondus en les frappant brusquement entre deux corps durs, ou cautérisés avec diverses substances, l'essence de cantharide, l'ammoniaque liquide, l'acide acétique, ou transpercés en plusieurs sens à l'aide d'aiguille, etc., sans obtenir jamais une véritable névrite suppurative, au delà des points soumis à la violence expérimentale, ni un seul cas de névrite ascendante, de quelque forme qu'elle fût. » — Depuis que ces lignes ont été écrites, bien des fois M. Vulpian, soit dans ses cours, soit dans son service, soit dans diverses publications, est revenu sur ces faits, et toutes les nouvelles expériences tentées, depuis lors, lui ont constamment donné le même résultat négatif.

Quelle différence entre ces faits et ceux que l'on observe chez l'homme! La névrite est rare, mais elle existe, et

l'observation, citée plus loin, en est une nouvelle preuve, s'il en était encore besoin.

— L'inflammation primitive des nerfs n'est pas commune. Dans quelques observations citées, il semble bien que le froid en a été, chez des individus prédisposés, le facteur réel. La prédisposition est parfois évidente; ainsi certaines personnes sont sujettes au *zona*, accompagné ou plutôt causé par des névrites.

C'est principalement à la suite de traumatismes ou de compression des nerfs que l'on voit survenir leur inflammation. J'ai publié, il y a trois ans (thèse de Paris, 1875; *Sur une cause de mort subite dans le rhumatisme articulaire chronique*, Dr Chaupy), l'observation d'une malade du service de M. Vulpian, particulièrement intéressante à cet égard. Il s'agissait d'une jeune femme de 29 ans, rendue presque impotente, par des attaques de rhumatismes articulaires subaigus. Elle était, dans l'intervalle de ses crises, obligée de se servir de béquilles pour pouvoir marcher. Un jour, elle va à pied de la rue du Faubourg-Montmartre, sa demeure, à l'hôpital Saint-Louis, en s'appuyant les bras sur ses béquilles. Le soir même, elle est prise d'engourdissements, de fourmillements dans l'annulaire et le petit doigt de la main droite. Le lendemain, ses doigts étaient paralysés, et, de plus, il existait des élancements douloureux, très-violents, tout le long du trajet du nerf cubital. La malade, au bout d'une huitaine de jours, entra dans le service de M. Vulpian, à l'hôpital de la Pitié. Les phénomènes précités existaient au grand complet. De plus, il y avait un certain degré d'anesthésie, au bras et à la main, dans toute la sphère de distribution du nerf cubital. Au bout d'un mois et demi environ, il était facile de sentir à travers la peau, un peu au-dessus de l'olécrâne, le nerf cubital, manifestement augmenté de volume. En ce point, le nerf était douloureux à la pression. — Deux mois

après le début de la névrite, il se produisit un certain degré d'atrophie des muscles de l'éminence thénar. — Tous les phénomènes se sont amendés les mois suivants, et la malade allait mieux de sa névrite lorsqu'elle est morte subitement d'une syncope. L'autopsie a montré que le myocarde était complétement transformé en graisse. M. Richelot, dans un travail publié en 1875 (*Union médicale : sur la distribution des nerfs périphériques de la main*), a également rapporté tout au long cette observation.

— Nous avons observé cette année, à la consultation de l'hôpital de la Charité, avec M. le professeur Vulpian, un autre cas de paralysie du cubital, avec névrite consécutive. La femme, âgée de 25 ans, contracta la maladie à la suite d'un refroidissement. Elle avait lavé à la rivière toute la journée, et le soir, en rentrant chez elle, elle porta, sur son épaule et sur son bras droit, un paquet de linge mouillé. Le lendemain matin, elle ressentit dans le bras, l'avant-bras et la main des élancements douloureux ; en outre, elle avait de l'engourdissement, des fourmillements, et une paralysie presque complète du petit doigt et de l'annulaire. Il existait également un certain degré d'anesthésie. Au milieu du bras, face interne, au-dessus de l'épitrochlée, à la face postérieure du bras, en plusieurs régions, il y avait des points douloureux à la pression.

M. Vulpian conseilla l'électrisation quotidienne des muscles atrophiés à l'aide de courants induits. La malade vint chaque matin se faire électriser, pendant quatre mois. Au bout de ce temps, la paralysie avait presque complétement disparu, mais il persistait des élancements douloureux, des points sensibles à la pression et un certain degré d'anesthésie. En outre, le nerf cubital, au-dessus de l'épitrochlée, était manifestement augmenté de volume.

— Chez le malade de l'observation CLXVIII, la notion étio-

logique est précise. Cet homme, très-fort, très-vigoureusement constitué, fit un jour un brusque mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras. Au bout d'un instant, il ressentit une douleur très-vive dans le coude, l'avant-bras et la main. Les jours suivants, il éprouva des crampes douloureuses dans les muscles de ces régions; il avait même parfois des secousses musculaires brusques qui fléchissaient violemment l'avant-bras et la main sur le bras. A certains moments, la contracture était portée à un degré tel que, pour la vaincre, il était obligé d'avoir recours à ses camarades, qui exerçaient une traction sur son bras. — En même temps, des sensations pénibles d'engourdissement, de fourmillement, existaient, d'une façon continue, dans la moitié interne de la main, l'annulaire et le petit doigt.

Comme on le voit, dans le cas actuel, la névrite a été provoquée, chez un individu bien portant, par un violent effort d'extension.

— On observe encore la névrite consécutivement à l'inflammation d'organes situés au voisinage d'un nerf : névrites des pleurétiques, des tuberculeux (Beau); névrites du plexus cœliaque, dans les cas de maladies de l'aorte, du péricarde (Peter); névrites au voisinage des cancers (Charcot); etc.

D'après divers auteurs, les lésions de divers organes, utérus, intestin, reins, etc., pourraient être le point de départ de névrites ascendantes, et, par l'intermédiaire de ces névrites, d'altérations médullaires déterminant des paralysies réflexes.

La névrite est fréquente, relativement, dans le cours des maladies infectieuses (fièvres typhoïdes, diphtérie, etc.). Elle se rencontre quelquefois dans les empoisonnements chroniques par le plomb, l'oxyde de carbone (Leudet). M. Virchow a montré qu'on trouvait également l'inflammation des nerfs dans la syphilis, la lèpre anesthésique. On a dit aussi

que cette maladie pouvait se rencontrer chez les rhumatisants, chez les goutteux. Le fait est vrai, surtout en ce qui concerne les névralgies sciatiques. La névrite interstitielle est très-commune, comme l'a montré M. Charcot, dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, ou de ramollissement du cerveau, avec dégénérescence secondaire du cordon latéral de la moelle. J'ai eu souvent l'occasion d'étudier cette sorte de névrite, avec M. Charcot et avec M. Vulpian.

L'an dernier, M. le Dr Panas a communiqué à l'Académie de médecine (séance du 13 février 1877), une étude intéressante de la paralysie, avec névrite, du nerf cubital. Parmi les causes qu'il énumère, il en est deux importantes, qui n'avaient point encore été signalées : 1° la présence d'un os sésamoïde, en voie d'évolution, dans l'épaisseur du ligament latéral interne du coude ; 2° la disparition de la gouttière de réception du nerf cubital par suite d'un cal volumineux.

— L'anatomie pathologique de la névrite aiguë montre que, le plus souvent, l'inflammation est limitée au tissu conjonctif qui entoure le nerf (*périnévrite*), ou bien elle occupe le tissu conjonctif inter-fasciculaire (*névrite interstitielle*), et généralement l'inflammation atteint à la fois tout le tissu conjonctif du cordon nerveux. Lorsqu'il en est ainsi, il est rare que les tubes nerveux ne soient pas atteints secondairement ; c'est alors que le tissu musculaire s'atrophie. MM. Charcot et Pierret ont de plus fait voir que, dans quelques cas, l'inflammation était véritablement parenchymateuse, et pouvait même l'être d'emblée, en ce sens que, dès le début, elle occupait surtout les tubes nerveux. On observe alors l'aspect moniliforme de ceux-ci, et une véritable prolifération des cellules faisant corps avec chaque segment inter-annulaire, prolifération qui est accompagnée de la disparition du cylindre-axe, ou, au contraire, de son épaississement sur les coupes transversales.

Dans les cas de *névrite chronique* (obs. CLXVIII), il existe un épaississement considérable du nerf entier. Celui-ci est devenu terne, grisâtre, quelquefois violacé. La lésion occupe surtout le névrilème, qui, généralement, adhère d'une façon intime aux organes voisins. Il peut arriver que les tubes nerveux restent intacts au milieu de la gangue conjonctive épaissie; mais souvent l'inflammation, en créant de nouveaux tissus, et en s'étendant aux lamelles les plus fines qui séparent les éléments nerveux, produit la compression des tubes nerveux et la disparition plus ou moins complète de ceux-ci. Cette atrophie des tubes nerveux a fatalement pour conséquence l'atrophie musculaire symptomatique.

L'histoire de notre malade est, à cet égard, particulièrement intéressante. Déjà, dès les premiers jours de sa maladie, il se rappelle parfaitement avoir senti une sorte de cordon volumineux et dur, au niveau de la gouttière olécrânienne. La palpation de ce cordon était très-douloureuse et provoquait des élancements pénibles dans le petit doigt et l'annulaire de la main droite.

Quatorze ans après, au mois d'août, on trouvait derrière l'épithrochlée droite un même cordon dur, roulant sous le doigt, très-volumineux et encore assez sensible à la pression. A cette même époque, les fourmillements dans l'annulaire et le petit doigt, fréquents autrefois, ont presque complètement disparu; ils ne se produisent plus qu'à de courts intervalles. La sensibilité est intacte à l'avant-bras; elle est un peu diminuée, à la main et au doigt, dans tout le territoire cutané innervé par le cubital. Lorsque l'on pique ces régions avec une aiguille, la sensation est un peu plus obtuse que dans les mêmes régions de la main gauche.

En revanche, les troubles de la motilité sont très-prononcés et accompagnés d'une atrophie musculaire des

plus marquées. Cette atrophie d'un grand nombre de muscles donne à la main une physionomie particulière. Vue par la face dorsale, elle paraît décharnée.

Le premier espace inter-osseux est creusé d'une dépression profonde, indice d'une disparition complète de l'abducteur de l'index. Les autres espaces inter-osseux sont également déprimés, et les métacarpiens figurent entre eux des arêtes saillantes. Du côté de la face palmaire, on remarque une disparition complète de l'éminence hypothénar, et une atrophie de l'éminence thénar portant seulement sur la moitié inférieure de cette masse musculaire. Le creux palmaire semble un peu plus profond que du côté sain.

Il est facile de comprendre, étant donnée une semblable atrophie, la difficulté des mouvements dans les segments de la main, mus par les muscles atrophiés. Nous renvoyons aux détails de l'observation pour ces particularités.

D'après ce que raconte le malade, cette atrophie musculaire s'est produite rapidement. Il dit, en effet, qu'il s'en aperçut quinze mois après le début des douleurs de la névrite, et, à cette époque, l'amaigrissement était presque aussi prononcé qu'il l'est aujourd'hui; en un mot, il ne semble pas avoir été modifié depuis douze ans et demi.

A quel moment de la névrite a commencé à se produire cette atrophie des muscles? Il est impossible de le savoir, les souvenirs du malade n'ayant plus une grande précision quant à ce qui concerne les diverses particularités du début, déjà bien ancien, de cette affection. Si la névrite a été parenchymateuse d'emblée, l'atrophie musculaire a dû être très-précoce, car on sait la rapidité avec laquelle la névrite détermine l'atrophie musculaire. En attirant l'attention des élèves sur ce fait, M. Vulpian ajoutait que, pour lui, ces atrophies musculaires n'étaient le résultat, ni de la paralysie ou inertie musculaire, ni d'une action réflexe. Suivant lui, elles sont dues à une diminution ou à

une abolition de l'activité physiologique des éléments nerveux en rapport avec les muscles, par suite de la destruction, sous l'influence de l'inflammation, des fibres musculomotrices conduisant aux muscles l'influence trophique des centres nerveux. Il en était sans doute ainsi dans notre cas. Probablement la dégénération du nerf était complète, car on sait que, lorsqu'elle n'est pas complète, les muscles réagissent encore sous l'influence des courants induits.

Nous ferons remarquer combien il importait, dans le cas particulier, de prendre en considération le mode de début de l'atrophie musculaire, sa marche, sa limitation exacte, les phénomènes concomitants, afin de ne pas commettre une erreur de diagnostic. Des médecins instruits, après examen du malade, et faute de tenir compte de toutes ces données, l'ont considéré comme atteints d'atrophie musculaire progressive. Chez notre malade, il ne s'est produit aucun de ces troubles trophiques cutanés, si fréquents lors de l'existence des névrites.

M. Vulpian, consulté au point de vue du traitement à instituer chez ce malade, avait conseillé l'application méthodique de pointes de feu sur le trajet du nerf cubital et l'emploi quotidien des courants induits, saccadés, pendant une durée relativement courte (quelques minutes), sur les muscles atrophiés. Malheureusement, le malade ne put suivre cette médication, rappelé au dehors, par son service, au bout de quelques jours.

OBSERVATION

Obs. CLXVIII. — *Névrite du nerf cubital droit, survenue à la suite d'un violent effort. — Atrophie musculaire symptomatique, consécutive.*

Ch..., gardien de la paix, 35 ans.

Service de M. Bourdon. Observation communiquée par M. Bouveret, interne du service.

Renseignements. — Peu d'antécédents dignes d'être notés; ni syphilis, ni rhumatisme.

Le début de la paralysie remonte à plus de 12 ans. En 1864, dans le courant de l'été, le malade était en garnison à Wissembourg. Un matin, en se réveillant, pendant un mouvement rapide d'extension du bras, il ressentit brusquement une douleur très-vive dans le coude, l'avant-bras et la main. Y eut-il un traumatisme du coude contre quelque obstacle? Il est impossible d'éclaircir cette question.

Quoi qu'il en soit, le malade ne fut pas quitte pour cette douleur momentanée. En effet, les jours suivants, il éprouva des crampes douloureuses dans l'avant-bras, les doigts et la main; parfois, il se produisait des secousses musculaires; il arrivait même que l'avant-bras se fléchissait violemment sur le bras. Pour vaincre cette contracture, le malade raconte qu'il était obligé d'avoir recours à ses camarades. En même temps, des sensations pénibles d'engourdissement, de fourmillement existaient d'une façon continue dans la moitié interne de la main, l'annulaire et le petit doigt. La région postérieure du coude était le siége d'une douleur plus vive, également continue. Le malade se rappelle très-bien y avoir senti, dès les premiers jours, une sorte de cordon volumineux et dur, dont la palpation, très-douloureuse, provoquait des élancements dans le petit doigt et l'annulaire.

Cet état dura trois semaines environ. Les contractions et les douleurs rendaient l'usage de la main tout à fait impossible. Le médecin du régiment, consulté, ne prescrivit aucun traitement; la maladie fut abandonnée à son évolution spontanée. Peu à peu les sensations pénibles

éprouvées au coude et dans la main ont perdu de leur intensité; les crampes sont devenues de plus en plus rares; le malade reprit graduellement l'usage de son bras et se crut guéri. Cependant, de temps en temps, les fourmillements reparaissent dans la main, et le cordon, remarqué derrière le coude, resta volumineux et douloureux au toucher pendant longtemps.

Ce n'est qu'après quinze mois que le malade fut averti de l'amaigrissement de la main droite. Un camarade le lui fit remarquer. Cet amaigrissement était alors, dit-il, presque aussi prononcé qu'il est encore aujourd'hui.

État actuel (*août* 1877). — Il s'agit d'un malade grand, fort, vigoureusement constitué. Ce malade, dont la santé générale est très-bonne, ne se plaint que d'un peu de faiblesse dans le petit doigt et l'annulaire du pouce de la main droite.

Aujourd'hui, les fourmillements, fréquents autrefois, ont presque complétement disparu; ils ne se font plus sentir qu'à de très-rares intervalles. On en provoque encore l'apparition par la pression exercée sur le cubital au niveau du coude. Derrière l'épitrochlée, on sent un cordon assez volumineux; le nerf cubital droit est, en ce point, certainement plus gros que le gauche. La sensibilité paraît intacte à l'avant-bras; elle est un peu diminuée à la main et aux doigts dans le territoire cutané du nerf cubital. Ainsi, lorsqu'on pique ces régions avec une aiguille, le malade accuse une sensation un peu plus obtuse que dans les mêmes régions de la main gauche. Il n'y a pas de retard appréciable de la sensation. Je n'ai pu, faute d'instruments spéciaux, faire une exploration plus complète des troubles de la sensibilité. En tout cas, on peut affirmer qu'ils sont très-peu prononcés.

Il n'en est pas de même des troubles de la motilité. L'atrophie d'un grand nombre de muscles donne à la main

une physionomie particulière. Vue par la face dorsale, elle semble décharnée ; le premier espace inter-osseux est creusé d'une dépression profonde, indice d'une disparition complète du muscle correspondant. Les autres espaces sont déprimés aussi et les métacarpiens figurent entre eux des arêtes sensibles.

Tous les doigts ont subi, en masse, une légère déviation vers le bord cubital de l'avant-bras, déviation plus marquée pour le petit doigt, de telle sorte qu'il s'écarte habituellement de l'annulaire. Les deux dernières phalanges du petit doigt et de l'annulaire sont légèrement fléchies sur la première. Ces mêmes phalanges des autres doigts restent habituellement étendues dans l'attitude que prend naturellement la main au repos.

Du côté de la face palmaire, on remarque une disparition complète de l'éminence hypothénar, et une atrophie de l'éminence thénar portant seulement sur la moitié inférieure de cette masse musculaire. Le creux palmaire semble un peu plus profond que du côté sain.

Les mouvements des doigts sont très-compromis. Mais il s'agit de mouvements délicats, que le malade, en raison de sa profession, n'exécute guère, en sorte que cette paralysie, quoique très-prononcée, lui a longtemps échappé. Il avait seulement remarqué qu'il avait de la difficulté à tracer les quelques mots qu'il est tenu d'écrire de temps en temps.

Les mouvements d'adduction et d'abduction des doigts, relativement à l'axe de la main, sont très-affaiblis.

L'écartement, produit par un effort volontaire considérable, est presque nul pour le médius et l'annulaire, un peu plus étendu pour le petit doigt et l'index.

Mais, si l'on cherche à ramener les doigts de l'abduction à l'adduction et qu'on engage le malade à résister, on reconnaît que la force dont disposent encore ses inter-osseux est très-faible.

Quant aux mouvements de flexion et d'extension des phalanges les unes sur les autres, et des premières phalanges sur les métacarpiens, ils ont paru aussi étendus du côté malade que du côté sain, à l'exception cependant de l'auriculaire et de l'annulaire, dont le malade ne peut ramener les deux dernières phalanges à l'extension complète.

Tous les mouvements du pouce sont conservés.

Les mouvements d'adduction et d'abduction de la main sur l'avant-bras sont également conservés et paraissent aussi étendus du côté malade que du côté sain.

Dans tous ces muscles atrophiés, la contractilité a disparu, autant du moins qu'il est possible de s'en assurer avec les appareils très-imparfaits dont on disposait à l'hôpital au moment de l'examen.

6 *août*. — Le malade est conduit, ce jour, à M. le professeur Vulpian, qui constate tous les phénomènes *symptomatiques* déjà indiqués.

M. Vulpian conseille l'électrisation des muscles atrophiés en faisant passer, chaque jour, pendant quelques minutes, un courant induit, saccadé. En outre, il prescrivit d'appliquer tous les huit à douze jours quelques pointes de feu sur le trajet du nerf cubital, au-dessus du coude. Malheureusement le malade quitte l'hôpital au bout de quelques jours.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE II

Maladies cutanées. — Scrofule.

CHAPITRE III

Maladies du cœur.

CHAPITRE IV

Maladies de l'aorte et des artères.

CHAPITRE V

Maladies de l'appareil digestif.

CHAPITRE VI

Maladies du foie.

CHAPITRE VII

Maladies de l'appareil génito-urinaire et des annexes.

CHAPITRE VIII

Maladies de l'appareil respiratoire.

CHAPITRE IX

Maladies générales.

SECTION I. — Fièvre intermittente.

SECTION II. — Fièvre typhoïde.

SECTION III. — De la chlorose et des anémies.

SECTION IV. — Leucocythémie splénique.

SECTION V. — Diabète sucré.

CHAPITRE X

Empoisonnements chroniques. — Syphilis.

SECTION I. — Alcoolisme chronique.

SECTION II. — Saturnisme.

SECTION III. — Syphilis.

CHAPITRE XI

Maladies du système nerveux.

SECTION I. — Maladies du cerveau.

SECTION II. — Paralysies et névralgies faciales.

SECTION III. — Maladies de la moelle épinière et des enveloppes

Article premier. — A. Méningo-myélite sub-aiguë.

B. Méningite chronique.

C. Myélite aiguë.

D. Myélites chroniques (*compression lente de la moelle*).

E. Tabes spasmodique.

Article second. — Des atrophies musculaires.

SECTION I. — Névroses.

Article premier. — Hystérie. — Chorée.

Article second. — Paralysie agitante.

Article troisième. — Syncope locale des extrémités.

SECTION II. — Paralysie générale.

SECTION III. — Névrite.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Coulommiers. — Typographie Paul BRODARD.

